



**УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ” - ШТИП  
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ**

**Здравствен менаџмент**

**-МАГИСТЕРСКИ ТРУД-**

**УЛОГАТА НА МЕНАЏМЕНТОТ ВО КРЕИРАЊЕТО НА СТРАТЕГИЈА  
ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Јелена Иванов**

**Штип, Ноември, 2017**



**UNIVERSITY "GOCE DELCEV"- STIP  
FACULTY OF ECONOMICS**

**Health Management**

**- MASTER THESIS -**

**THE ROLE OF MANAGEMENT IN CREATION ON THE STRATEGY IN  
HEALTH CARE ORGANIZATIONS**

**Jelena Ivanov**

**Stip, November, 2017**

**Комисија за оценка и одбрана:**

**Ментор: Проф. д-р Трајко Мицески**

**редовен професор на Економски факултет Штип**

**Член: Доц. д-р Влатко Пачешкоски**

**Доцент на Економски факултет Штип**

**Член: Доц. д-р Елена Веселинова**

**Доцент на Економски факултет Штип**

## АПСТРАКТ

Здравствениот систем во Република Македонија претрпел и сè уште трпи промени во однос на различни периоди во кои се наоѓа земјата во рок од неколку декади пред и по нејзиното осамостојување. Во оваа смисла не само нашата земја туку и пошироко во регионот во текот на изминатиот период се создавале услови за континуирано менување и подобрување на функционирањето на здравствениот систем. Таканаречниот транзитен период, период на значителна стагнација на прогресот, е феномен, или подобро период-фактор, забележан во многуте земји од Балканот и пошироко. Особеностите кои ги бележиме во здравствениот систем во овој период се од особено значење за континуираното следење и согледување на денешната состојба во здравствениот систем во Република Македонија и во земјите во нејзиното опкружување.

Постојаното унапредување на квалитетот на здравствената заштита се заснова на вредностите кои се вградени во концептот за квалитетот на работата и следната усвоена секојдневна пракса на здравствените установи: насоченост кон корисникот (пациентот), безбедност, делотворност, правовременост, ефикасност, правичност.

**Клучни зборови:** здравствена заштита, стратегија на менаџмент, менаџери во здравствените установи.

## **ABSTRACT**

The health system in the country has suffered and still suffer changes in respect of various periods is the country within a few decades before and after its independence. In this sense not only our country but also elsewhere in the region over the past period, therefore creating conditions for continuous change and improve the functioning of the health system. So called transitional period, a period of significant stagnation of progress, a phenomenon or rather time-factor, noted in many countries in the Balkans and beyond. The features that we record in the health system in this period are of particular importance for continuous monitoring of the current situation in the health system in the Republic of Macedonia and its neighboring countries.

The constant improvement of the quality of care is based on values that are embedded in the concept of quality of work and adopted the following daily practice of medical institutions: focus on the user-patient safety, effectiveness, timeliness, efficiency, fairness.

**Keywords:** health care, management strategy, managers in health facilities.

## СОДРЖИНА:

<b>Вовед .....</b>	<b>1</b>
Предмет и цел на истражување.....	5
Методи, техники и мерни инструменти.....	6
<b>1. Согледување на улогата на здравствените организации и вршителите на здравствената дејност</b>	
1.1. Здравје, здравствена заштита и здравствен систем во Република Македонија.....	7
1.1.1. Поимно определување на здравјето.....	7
1.1.2. Дефинирање и организираност на здравствената заштита.....	9
1.1.3. Нивоа на здравствениот систем.....	12
1.2. Вршители на здравствената дејност во Република Македонија.....	15
1.2.1. Дефинирање на поимот здравствена организација во Република Македонија.....	15
1.2.2. Видови здравствени организации во Република Македонија .....	17
1.2.3. Здравствени работници и соработници во здравствените организации во Република Македонија .....	20
1.2.4. Здружување на здравствените работници во Република Македонија.....	22
1.3. Определувачки фактори на окружувањето за функционирање на здравствените организации во Република Македонија .....	23
1.3.1. Поимот окружување во здравствените организации.....	24
1.3.2. Надворешни и внатрешни фактори на окружувањето во здравствените организации.....	25
1.4. Организација и темелна законска регулатива на здравствениот систем.....	28
1.5. Финансирање на здравствениот систем.....	31
1.6. Инфраструктура и користење на здравствениот систем.....	36
<b>2. Детектирање на стратешки проблеми и развојни правци во здравствениот систем на Република Македонија</b>	

2.1. Визија, вредности и начела на здравствениот систем.....	38
2.1.1. Визија на здравствениот систем во Република Македонија.....	38
2.1.2. Темелни вредности и начела.....	40
2.2. SWOT анализа на здравствениот систем.....	42
2.3. Стратешки проблеми во здравствениот систем.....	45
2.4. Стратешки развојни правци, приоритети и мерки на здравствениот систем.....	49
2.4.1. Развој на информатичко и е-здравство.....	49
2.4.2. Зајакнување и подобра искористеност на човечките ресурси во здравствениот систем.....	51
2.4.3. Подобрување на управувачките капацитети во здравствениот систем.....	53
2.4.4. Реорганизација на структурата и работењето во здравствениот систем.....	54
2.4.5. Поттикнување на квалитет во здравствената заштита.....	55
2.4.6. Зајакнување на превентивните активности.....	57
2.4.7. Зајакнување на финансиската стабилност на здравствениот систем.....	59
2.4.8. Соработка со другите ресори и општеството во целина.....	60
<b>3. Менаџментот и неговата улога во унапредувањето на активностите на менаџментот во здравствените организации</b>	
3.1. Значењето на менаџментот во здравствените организации и неговата улога по соодветните нивоа.....	63
3.1.1. Поимањето на менаџментот и неговото значење за унапредување на работењето на здравствените организации.....	63
3.1.2. Активности на здравствениот менаџмент.....	65
3.1.3. Улогата на менаџментот на соодветните нивоа во здравствените организации.....	68
3.2. Менаџери во здравствените организации и нивната улога во креирањето на стратегиите во организациските субјекти.....	69
3.2.1. Менаџерски нивоа и клучни активности во креирањето на	

стратегијата.....	70
3.2.2. Личноста на менаџерот, неговите одговорности, способности и придонеси во креирање на стратегијата.....	72
3.2.3. Одговорности на менаџерите кон заинтересираните страни за подигнување на угледот на организацијата.....	78
3.2.4. Управување со кариерата на менаџерот и неговата изграденост.....	80
3.3. Планирање во здравствените организации за остварување на визијата.....	82
3.3.1. Цел и ефекти на планирањето.....	84
3.3.2. Чекори на процесот на планирањето.....	85
3.3.3. Цели и видови цели во здравствените организации.....	87
3.3.4. План и видови планови во здравствените организации.....	88
3.3.5. Постапка на планирање во здравството.....	90
3.4. Организирање на здравствените организации со фокус на адаптирање на структурата при извршување на стратегијата.....	92
3.4.1. Организирањето и неговото значење за здравствениот систем.....	93
3.4.2. Организациска структура.....	95
3.4.3. Организациски дизајн.....	96
3.4.4. Принципи на организирање на здравствениот систем.....	97
3.5. Координирање на здравствениот систем.....	98
3.5.1. Потребата од координирање во здравствениот систем.....	98
3.5.2. Определувачки фактори и принципи на координирањето.....	99
3.5.3. Видови и методи на координирање.....	100
3.6. Управување со човечки ресурси со фокус на развивање на организациска култура при имплементирање и извршување на стратегијата.....	101
3.6.1. Привлекување на човечките ресурси (планирање, анализа, регрутирање и селекција).....	101
3.6.2. Развивање на човечките ресурси (обука, развој, процена на перформансите).....	102
3.6.3. Одржување на човечките ресурси (наградување, работни односи, мотивација, комуникација, однесување, развивање на меѓучовечки односи).....	103
3.6.4. Развивање на организациска култура како фактор за	



имплементирање и извршување на стратегијата.....	103
3.6.5. Развивање на лидерство и лидерски активности како фактор за имплементирање и извршување на стратегијата.....	104
3.6.6. Одлучувањето како фактор за имплементирање и извршувањето на стратегијата.....	105
3.6.7. Контролирањето како фактор за имплементирање и извршувањето на стратегијата.....	106
<b>4. Емпириско истражување</b>	
Хипотетичка рамка.....	108
Резултати и дискусија.....	109
<b>5. Преферирање на постапки за креирање на стратегијата на менаџментот во здравствените установи во Република Македонија</b>	
5.1. Континуирано согледување на актуелната состојба во здравствениот систем на Република Македонија.....	143
5.2. Согледување на позитивните состојби на здравствените системи во земјите од регионот и на земјите со современо здравство.....	146
5.3. Постојано следење на промените и реформите во развиените здравствени системи.....	150
5.4. Креирање на стратегија за успешно работење на здравствените установи во согласност со позитивните промени и достигнувања во здравството.....	159
5.5. Континуирано унапредување на стратегијата на менаџментот во здравствените установи.....	163
<b>Заклучни согледувања.....</b>	166
<b>Користена литература.....</b>	173
<b>Прилози.....</b>	178

## **Вовед**

Менаџментот, поради неговата важност во работењето на секој деловен субјект, претставува подрачје од посебен интерес во микроекономската наука. Менаџментот нè поучува како да ја постигнеме саканата или зададената цел, користејќи го она со кое располагаме: своето време, знаењето, способностите кои ги поседуваме и со средства – кои секогаш се недоволни. Голем дел од оваа умешност сме ја гледале од други, а многу нешта сме научиле и врз основа на сопствените успеси и грешки, па честопати решението ни го диктира здравиот разум. Но, менаџментот е и нешто што се учи.

Менаџментот е универзална активност: секоја организација, установа, институција, болница, црква, театар, секој деловен субјект, НВО, орган на државна управа, сè е потребно да се менаџира. Својата етимолошка основа ја наоѓа во англискиот збор *to manage*, што значи: управува, води, раководи, се снаоѓа, излегува на крај. Оттука, и терминот *management* значи управување, раководење, дирекција, справување, управа, раководство.

Генерално гледано, менаџментот има различно определена содржина, се темели врз различни принципи и содржи различни функции. Сето тоа придонесува за разидување кај одделни автори при неговото дефинирање и непостоење на една, општо прифатена дефиниција за менаџмент. Менаџментот е дефиниран на различни начини. Во теоријата на менаџментот позначајни се следниве стојалишта кои можат да се сретнат во обемната литература за менаџментот: Мошне е популарно мислењето според кое менаџментот е процес, серија на чекори или насочување на акциите во правец на остварување на дефинираната цел. Па така, менаџментот е збир на акции водени кон некоја општа цел. Се среќава и мислењето според кое менаџментот има организациска улога, односно поставување на обврски, одговорности и односи во претпријатијата.

Во литературата се среќава и стојалиштето според кое менаџментот подразбира доделување на работите да бидат извршувани од други. Менаџментот може да се дефинира и од аспект на ситуацијата во која се применува. Така,

ситуацискиот менаџмент се однесува на односите меѓу определувачките варијабли во окружувањето и избирање на соодветни техники на менаџментот кои ќе овозможат ефикасно остварување на целите во конкретната ситуација. Постојат и мислења дека менаџментот е дисциплина која ги систематизира правилата, принципите и теориите. Врз таа основа менаџментот се препознава како посебна дисциплина која ги остварува поставените цели со потенцирање на најефикасно искористување на човечкиот напор и со помош на ресурсите. Она што е значајно е дека дефинирањето на менаџментот зависи и од областа во која се применува, бидејќи секоја област на општествено дејствување си има свои специфики кои ја определуваат и одделуваат од останатите. Една од карактеристиките на здравството е тоа што работниот процес се извршува од страна на професионален кадар кој е високостручен и кој поседува висок степен на професионална автономија (autos, грч.- сам, сопствен; nomos, грч. - закон). Професионалната автономија е организирана самостојност на одлучување во рамките на одредена струка, а се темели на особено сложено знаење и усвоени етички начела на експертите.

Друга особина е што тешко се дефинира производот на здравствената организација. Тој производ/продукт, е всушност услугата, а квалитетот на таа услуга зависи од оној кој ја дава, од оној кој ја прима, како и од нивната меѓусебна соработка. Следна карактеристика на здравството е што главната цел (ефективна здравствена заштита) не може да се постигне без соработка на повеќе нивоа (од примарна до високоспецијализирана здравствена заштита).

Поради наведените особености, најприфатливо е дека: менаџментот е траен процес насочен кон остварување на целите на организацијата на најефикасен начин. Така, менаџментот ги опфаќа прашањата кои се однесуваат на: ангажирањето на ресурси (материјали, човечки и финансиски); на структурата на организацијата, нејзиниот развој, поставувањето на целите и изборот на критериумите за проценка на нејзината успешност.

Целокупниот материјал кој е предмет на анализа во овој магистерски труд е поделен во пет тематски целини.

Во рамките на првиот дел, „Согледување на улогата на здравствените организации и вршителите на здравствената дејност“, ќе бидат разработени теоретските основи на здравствената заштита и здравствениот систем во Република Македонија и тоа преку поимното определување на здравјето, дефинирањето на организираноста на здравствената заштита и нивоата на здравствен систем во Република Македонија. Потоа ќе бидат опфатени вршителите на здравствена дејност во Република Македонија, и тоа преку дефинирање на поимот на здравствените организации, како и видовите здравствени организации во Република Македонија. Во рамките на овој дел ќе се анализираат и здравствените работници и соработници во здравствените организации, како и здружувањето на здравствените организации во Република Македонија.

Вториот дел од магистерскиот труд ќе опфаќа анализа на главните приоритети за креирање на соодветна стратегија за подобрување на целокупниот здравствен систем во Република Македонија преку согледување на приоритетите од повеќе аспекти, и тоа: приоритетите за подобрување на здравјето, приоритетите за подобрување на организацијата на здравствената заштита, приоритетите за подобрување на специјализираната здравствена заштита, односно јавното здравје, приоритетите за подобрување на планирањето и квалитетот на човечките ресурси во здравствените организации, приоритетите за подобрување на квалитетот на здравствената заштита, приоритетите за подобрување на финансирањето на здравствената заштита, приоритетите за подобрување на здравствениот информатички систем, како и приоритетите за управување со реформите на здравствената заштита. Исто така, во овој дел ќе биде опфатена и анализа на визијата на здравствениот систем на Република Македонија, потоа темелните вредности и начела врз кои почива тој. Преку SWOT анализата на здравствениот систем ќе се согледаат силните и слабите страни кои здравствениот систем на Република Македонија ги поседува, како и потенцијалните можности и закани со кои се соочува.

Во третиот дел од магистерскиот труд, „Менаџментот и неговата улога во унапредувањето на активностите на менаџментот во здравствените организации“, најпрво ќе биде дефиниран поимот менаџмент во здравствените организации, односно значењето на менаџментот во здравствените организации, циклусот на здравствениот менаџмент, како и нивоата на менаџмент во здравствените организации во Република Македонија. Во рамките на овој дел ќе биде анализирана личноста на менаџерот во една здравствена организација, односно менаџерските нивоа и клучните активности кои треба да ги извршува еден менаџер, одговорностите и способностите кои треба да ги поседува еден менаџер за да може успешно да раководи со здравствената организација, неговите одговорности кон заинтересираните страни, како и управувањето со кариерата на менаџерот во здравствената организација.

Четвртиот дел ќе претставува сопствено истражување кое ќе се спроведе во здравствените организации преку пополнување на анкетен прашалник со цел креирање на соодветна стратегија на менаџментот за успешно управување со здравствените организации. Добиените резултати од истражувањето ќе бидат прво табеларно претставени, односно ќе биде извршена квантитативна анализа, а потоа истите графички ќе бидат прикажани со цел добивање на комплетна слика за истражувањето.

Петтиот дел од трудот, „Преферирање на постапки за креирање на стратегија на менаџментот во здравствените установи во Република Македонија“, ќе опфаќа креирање на стратегија за успешен здравствен систем во државата преку согледување на актуелната состојба во здравствениот систем на Република Македонија, состојбата на здравствените системи во останатите држави од регионот, потоа следење на реформите и промените во развиените здравствени системи, како и создавање на стратегија за водење на успешен здравствен систем и постојано негово унапредување.

## ***Предмет и цел на истражување***

Постојат традиционални и историски разлики во сфаќањето на улогата на управувањето во поединечните области на човековото дејствување. Различно е управувањето во политиката, културата, државните работи, стопанството. Во здравствената заштита, управувањето има свои особености кои произлегуваат од карактерот на здравствената и медицинската дејност, како и од опфатот и положбата на таа дејност во општеството. На пример, во здравството, бидејќи здравиот човек е основно богатство на државата, па е од посебен општествен и јавен интерес, улогата на политиката е многу голема, и тоа има огромни последици врз менаџментот во здравството.

Способноста да се води здравствена установа, да се креираат политики и програми за развој на здравствената заштита, не е ни малку едноставна задача. Затоа се потребни раководители, односно здравствени менаџери кои ќе имаат соодветни знаења, способности и вештини, сила и авторитет за да можат да се справат со одговорните задачи.

Предмет на истражувањето во магистерскиот труд, главно, претставуваат здравствените организации во Република Македонија и нивното управување. Предметот ги опфаќа и менаџерите како личности кои се задолжени за раководењето со здравствената организација, како и целокупните човечки ресурси опфатени во рамките на една здравствена организација.

Цел на самото истражување претставува да се креира соодветна стратегија на менаџмент во рамките на здравствените организации со цел нивно успешно раководење и стекнување на конкурентска предност во однос на другите организации.

## ***Методи, техники и мерни инструменти***

За да се реализираат поставените цели на ова истражување, потребно е да се применат соодветни методи, техники и инструменти кои ќе овозможат прибирање, средување, обработка и анализа на податоците, со што ќе се дојде до релевантни податоци за истражуваното прашање, како и можност за проверка на поставените хипотези.

### ***Дескриптивен метод – опис, анализа и генерализација***

Во рамките на ова истражување најнапред ќе се направи дескрипција на значењето на менаџерите во одлучувањето со човечките ресурси во здравствената организацијата. Менаџерот секојдневно управува со конкретни состојби, давајќи им посебен акцент на одлучувањата поврзани со човечките ресурси – луѓето кои работат таму и кои индивидуално и колективно придонесуваат за остварување на организациските цели.

Во рамките на истражувањето, исто така, ќе бидат користени методот на индукција и методот на дедукција. Дедукцискиот метод ќе овозможи да се откријат составните елементи на појавата којашто се истражува, додека, пак, индукцискиот метод ќе овозможи донесување на одлуки за целината, бидејќи се земаат предвид нејзините составни делови.

Доста значаен метод којшто ќе биде користен во рамките на истражувањето претставува методот на прашалник којшто однапред ќе биде пополнет од страна на соодветни лица вработени во здравствените организации.

Преку сумирање на резултатите коишто ќе бидат табеларно и графички прикажани ќе биде извршена квантитативна анализа.

Откако ќе биде извршена квантитативната анализа, ќе се спроведе и квалитативна анализа, односно преку линија на континуум ќе се изврши докажување или негирање на генералната хипотеза на магистерскиот труд.

## **1. Согледување на улогата на здравствените организации и вршителите на здравствената дејност**

### **1.1. Здравје, здравствена заштита и здравствен систем во Република Македонија**

Дефинирањето на здравјето постоело уште пред нашата ера, кога се правеле обиди за организирана грижа на државите за спречување на заразните болести, заштита од нив, како и солидарно помагање на заболените и повредените. Мотивите во прво време биле од економска и социјална природа со цел зачувување на работната сила. Со развојот на општеството се менува и гледиштето, па целта на здравото население не била само поради економски причини туку постепено добивала и елементи на хуманост и грижа за човекот.

Еволуцијата на поимното дефинирање на здравјето може да се согледа преку различните дефиниции кои се појавувале во различни временски периоди.<sup>1</sup>

#### **1.1.1. Поимно определување на здравјето**

Во античкиот период Пиндар го дефинирал здравјето како „хармонично функционирање на органите“.<sup>2</sup> Оваа дефиниција и во денешно време не губи од своето значење, бидејќи хармонијата во функционирањето на органите претставува главен предуслов за целосна здравствена состојба. Исто така, оваа дефиниција го става акцентот на медицинскиот концепт на здравјето кој смета дека болеста е последица од нарушување на ткивата и органите и нивното функционирање. Причина за нарушувањето е дејствувањето на некој надворешен причинител којшто е штетен за човечкиот организам.

Во периодот на индустриската револуција здравјето се дефинирало од економски аспект и претставувало состојба која треба да овозможи добра

---

<sup>1</sup> Николовски К. (2011), „Современи тененции во јавното здравство“, Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип, стр.14

<sup>2</sup> Pindar (1972) p. 132



кондиција и работна способност на работниците, како и намалување на загубените работни денови поради болест.

Според филозофскиот концепт, здравјето се дефинира како капацитет на поединецот за самореализација и самодостигнување, со чувство на задоволство во неговите односи со околината.

Светската здравствена организација во 1948 година го дефинира здравјето како состојба на потполна физичка, психичка и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест и неспособност. Според Светската здравствена организација остварувањето на највисоко ниво на здравје претставува едно од основните човекови права, без разлика на расата, верата и политичката припадност, и без разлика на економските и социјалните услови. Здравјето може да се набљудува од два аспекти, и тоа: како физичко здравје и како ментално, односно душевно здравје.<sup>3</sup>

Физичкото здравје се однесува на здравјето на телото и зависи од правилната функција на органите и системите, од физичките активности, начинот на исхрана и потребниот одмор. Врз физичкото здравје најмногу влијаат стандардот на живеење и квалитетот на животот.

Менталното здравје се опишува преку степенот на когнитивна или емоционална благосостојба, како и отсуството на менталното нарушување. Според СЗО, менталното здравје претставува состојба на благосостојба во која поединецот ги реализира своите способности, може да се справи со нормалниот секојдневен стрес, како и да работи продуктивно и да дава придонес во својата организација.

---

<sup>3</sup>Constitution of the world health organization, signed at the International health conference, New York, 1946.

### **1.1.2. Дефинирање и организираност на здравствената заштита**

Здравствената заштита според законот за здравствена заштита опфаќа систем на општествени и индивидуални мерки, активности и постапки за:<sup>4</sup>

- зачувување и унапредување на здравјето;
- спречување, рано откривање и сузбивање на болести, повреди и други нарушувања на здравјето предизвикани од влијанието на работната и животната средина;
- навремено и ефикасно лекување, и
- здравствена нега и рехабилитација.

Зачувувањето и унапредувањето на здравјето се постигнуваат преку здравствено воспитување на децата и младите луѓе, со цел секој да биде способен да се грижи за своето здравје.<sup>5</sup>

За спречување на заболувањата неопходно е да се зголемува имунитетот, т.е. отпорноста на организмот кон одредени заболувања. Зголемувањето, односно стекнувањето на имунитетот може да биде на два начини, и тоа преку општи мерки и преку специфични мерки. Општите мерки опфаќаат правилна исхрана, избегнување на штетни влијанија, спортување, одмор и слично, додека специфичните мерки за стекнување на имунитетот опфаќаат заштита од одредени заразни заболувања.

Раното откривање и дијагностицирање опфаќа навремено откривање на заболувањата преку редовни систематски прегледи, како и спроведување на одредени испитувања врз основа на кои може да се утврдат носителите и заболениите од заразни болести.

Соодветната нега и рехабилитација опфаќа повторно оспособување, т.е. враќање на организмот во состојба како пред заболувањето или во најголема

---

<sup>4</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“. 43/12, чл.2

<sup>5</sup> Mills, A. J., and M. K. Ranson. 2006. "The Design of Health Systems." In *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*, Second Edition, ed. M. H. Merson, R. E. Black, A. J. Mills. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, p.24

можна мера достигнување на претходната состојба преку соодветни физикални процедури и вежби, како и преку методите за ментална рехабилитација.

При остварувањето на здравствената заштита посебна улога имаат здравствените организации и здравствените работници и соработници. Здравствената служба е „индустријата“ која ги обезбедува здравствените услуги. Според содржината, видовите здравствена заштита и здравствените услуги кои се даваат, здравствената служба е организирана на три нивоа, и тоа: примарно, секундарно и терцијарно ниво.<sup>6</sup> Сите три нивоа се функционално поврзани во единствен систем.

Примарното ниво на здравствена заштита мора да биде основен и централен дел на системот на здравствената заштита кој треба да покрива најмалку две третини од здравствените потреби. Најчесто се извршува во здравствените домови, заводите за здравствена заштита и јавно здравје. Примарната заштита е неопходно да биде организирана според потребите на населението. На ова ниво се решаваат голем број здравствени проблеми поврзани со превенција, рано дијагностицирање на заболувањата, лекување и рехабилитација.<sup>7</sup>

Секундарното ниво на здравствена заштита треба преку работењето на општите и специјалните болници да ги решава посложените здравствени проблеми користејќи притоа специјализирани кадри и висока технологија во работењето. Доколку здравствениот дом не е во можност да даде соодветна специјалистичка здравствена заштита, лекарот го упатува пациентот на секундарно ниво на здравствена заштита (болница). Секундарното ниво претставува филтер помеѓу примарната и терцијарната здравствена заштита и се организира како специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Терцијарната здравствена заштита овозможува врвна дијагностика и лечење преку високоспецијализирана кадровска и технолошка опременост. Дополнително, терцијарното ниво мора да му дава соодветна стручна помош и

---

<sup>6</sup> Донеv Дончо, Вовед во медицината, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, Медицински факултет Скопје, Скопје, 2013 година стр. 134

<sup>7</sup> Berwick D. Lessons from developing nations on improving health care. British Medical Journal 2004;328:1124-

поддршка на секундарното ниво и да извршува активности од медицинската едукација и научноистражувачката работа. Во рамките на терцијарното ниво на здравствена заштита спаѓаат: клиниките, институтите, клиничко-болничките центри, клиничките центри и сл. Институциите на терцијарно ниво може да се основаат само во седиштата на универзитет каде што постои факултет од областа на здравствената струка. Институциите на терцијарно ниво во чие седиште не постои општа болница мораат да даваат и здравствени услуги на секундарно ниво.

Системот на здравствената заштита ја подразбира инфраструктурата која што обезбедува спектар на програми и услуги и им обезбедува соодветна здравствена заштита на поединци, на семејства, на заедницата. Овој систем е поширок од здравствената служба поради тоа што го опфаќа финансирањето, регулативата, ресурсите и услугите во секторот на здравството.

Основите на организирање на здравствената заштита се поставени во втората половина на 19 и првата половина на 20 век. Врз таа основа може да се наведат следните факти:<sup>8</sup>

- Во 1883 година Германија воведува задолжително здравствено осигурување за работниците.
- Во 1911 година Велика Британија воведува задолжителна здравствена заштита за работниците и за членовите на нивните семејства.
- Во 1918 година во Русија е формиран сеопфатен здравствен систем со бесплатно лекување кој главен приоритет ѝ дава на превенцијата;
- Во 20-те години од минатиот век, националното здравствено осигурување е прифатено од голем број земји во Европа и Северна Америка, како и признато е правото на лекување на сите граѓани.
- По Втората светска војна се донесени голем број закони за обезбедување на здравствената заштита на населението во САД, Канада и Велика Британија.

---

<sup>8</sup> Dwyer J, Paskavitz M, Vriesendorp S, and Johnson S. An urgent call to professionalize leadership and management in health care worldwide. (MSH Occasional Paper No. 4). Cambridge, MA, Management Sciences for Health, 2006.

Во втората половина на минатиот век, скоро секоја земја го согледува значењето на здравјето на своето население, како и водењето грижа за негова социјална и економска благосостојба.

### **1.1.3. Нивоа на здравствениот систем**

За да може да се говори за функционирање на здравствениот систем, најпрво, потребно е да се дефинира поимот на здравствениот систем. Генерално, здравствениот систем го опфаќа сè она што е поврзано со здравјето. Поимот здравствен систем е поширок од поимот здравствена служба и систем на здравствена заштита. Тој може да се однесува на формалната структура на здравствената служба или, пак, на мрежата на функции кои директно или индиректно дејствуваат кон задоволување на здравствените потреби на населението.<sup>9</sup>

Основна цел и задача на здравствениот систем претставува унапредување и подобрување на здравјето на луѓето, земајќи ги предвид и сите други фактори кои имаат своевидно влијание врз здравјето. Покрај основната цел, здравствениот систем има и други две цели кои се исто така важни поради придонесот кој го имаат на главната цел, а тоа се: одговорност и праведност. Одговорноста се однесува, главно, на задоволувањето на она што луѓето го очекуваат од здравствениот систем, додека праведноста се однесува на добар пристап и обезбедување на здравствената услуга секому, без никаков тип дискриминација, преку фер финансиска контрибуција. Успешноста на егзистирањето на еден здравствен систем може да се мери врз база на постигнување на неговите три цели.<sup>10</sup>

Да се менаџира еден здравствен систем значи водење на сите активности, планови и програми во сферата на здравствената заштита како на ниво на една здравствена организација така и на ниво на здравствениот систем во целина.

---

<sup>9</sup> WHO 1981, WHO 1984, WHO 1993 b, Phillips and Verhasselt 1994, Bourgade, Rainhorn, Roberts 1993, World Bank, 1993

<sup>10</sup> Петковски Константин, Здравствен менаџмент, Битола, 2004, стр. 3

Здравствениот систем обично е организиран на три нивоа, и тоа:

- 1) Најпериферно ниво, комунално или општинско ниво, т.е. ниво на локалните заедници, во единиците на локалната самоуправа. Ова ниво ги вклучува поединците и семејствата коишто имаат активен интерес и учествуваат во решавањето на своите здравствени проблеми, со тоа што стануваат рамноправни членови на здравствениот систем.
- 2) Регионално (меѓуопштинско) ниво, ниво на регионите – интермедијарно ниво, односно ниво на специјализирана здравствена заштита.
- 3) Национално ниво – централно, на ниво на целата држава, на кое се обезбедуваат покомплексни и посспецијализирани услуги.

Во рамките на сите три нивоа на здравствениот систем постои поврзаност и поделба на работата.

Менаџментот на национално, т.е. централно ниво го претставува врвот на хиерархијата во здравствениот систем, каде што се спроведуваат законски, стручно-методолошки, политичко-стратешки, високостручни и управувачки активности. На ова ниво во прв ред се наоѓаат општествено-јавните институции, како Собранието, Владата, министерствата итн., стручно-методолошки институции, како што се Институтот за јавно здравје, стручно-научни институции, како што е Институтот за социјална медицина, и голем број други институции кои се од национално значење. На централното ниво на здравствениот систем, главниот менаџер е Министерството за здравство.

Меѓу позначајните активности на централно ниво на здравствен систем може да се наведат:<sup>11</sup>

- донесување на закони и други прописи кои се од доменот на здравствената заштита;
- донесување на национална здравствена политика, преку цели за подобрување на здравствената состојба, приоритети и главни правци за нивно постигнување;

---

<sup>11</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

- изработка на национална здравствена стратегија која се базира на здравствената национална политика;
- изработка на национален акциски план за операционализација на стратегијата, во кој подетално е наведено што да се направи, кој да го направи, во кој временски период, со кои средства и на кој начин ќе се следат активностите кои ќе се спроведуваат;
- донесување на стручно-методолошки препораки за квалитетно спроведување на програмите на здравствената заштита;
- донесување соодветни прописи за здравствено осигурување;
- дефинирање на стандарди и нормативи на здравствена заштита со цел подобрување на квалитетот на здравствената заштита;
- координирање во рамките на здравствениот сектор, како и постоење на меѓусекторска соработка.

Во доменот на менаџментот на интермедијарното ниво спаѓаат поголем број здравствени установи, каде што се среќаваат општи и специјални болници, како и подрачните единици на Институтот за јавно здравје. Во рамките на ова ниво се преземаат следните активности:<sup>12</sup>

- планирање и развој на здравствени установи;
- изработка на планови и програми за работа на здравствените установи;
- следење на реализацијата на плановите и програмите;
- нивна евалуација;
- стручен надзор.

Менаџментот на периферно или локално ниво го претставува нивото на примарна здравствена заштита, каде што се вклучени: промоција и превенција, рано откривање, дијагностицирање и лекување. Во рамките на ова ниво се сервисираат до 85% од потребите, односно барањата на населението. Со цел да се постигне соодветно организирање на здравствената заштита, т.е. да се креира

---

<sup>12</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

функционален здравствен систем, потребен е системски пристап и системско мислење.<sup>13</sup>

## **1.2. Вршители на здравствената дејност во Република Македонија**

Остварувањето на правата на здравствена заштита кои се пропишани со Уставот и закон, потребите и интересите на општеството во областа на здравствената заштита и правата од здравственото осигурување, се вршат во Фондот за здравствено осигурување кој е во состав на Министерството за здравство, со својство на правно лице. Заради остварување на правата во случај на болест и повреда пропишано е задолжително здравствено осигурување врз база на начелата на праведност и солидарност. За некои видови права од здравствената заштита е пропишано и доброволно осигурување кое го надополнува задолжителното според можностите на осигуреникот бидејќи државните средства се ограничени и не можат да ги покријат трошоците за задоволување на сите потреби на осигурениците.

### **1.2.1. Дефинирање на поимот здравствена организација во Република Македонија**

Самиот поим организација подразбира здружување на луѓето со заедничка цел – исполнување на одредени задачи, со соодветни средства, создавање на постојани структури на нивните односи, како и оптимални вложувања и напор на вработените. Под поимот установа, пак, се подразбира организација која извршува јавни дејности.

Кога станува збор за здравствена организација, може да се напомене дека тоа е организација којашто се грижи за здравјето на населението. Истата може да биде јавна, мешовита и приватна. Здравствените организации можат да бидат

---

<sup>13</sup>Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 9



основани од страна на државата, правните и физичките лица, додека, пак, јавна здравствена организација може да основа Собранието на Република Македонија.

За да може да започне со работа една здравствена организација, потребно е да се исполнат одредени услови. Пред сè, потребно е да бидат обезбедени наменски градежни објекти, соодветни стручни кадри зависно од видот на здравствената организација, и тоа како по број така и по специјалност, соодветна медицинска опрема, материјални средства и сл. Министерството за здравство врз основа на исполнувањето на пропишаните услови донесува решение за дозволено започнување со работа на начин што здравствената организација се внесува во судскиот регистар.

Секоја здравствена организација е неопходно да работи согласно со законската регулатива. Поради тоа што здравствените работници и соработници се одговорни за својата стручна работа, надзорот и контролата над нивната стручна работа го врши Министерството за здравство, преку комисија од редот на истакнати здравствени, научни и стручни работници или преку адекватна здравствена организација. Надзорот и контролата се врши најмалку еднаш годишно по барање или по предлог на надлежен орган, како и по иницијатива на граѓаните.<sup>14</sup>

Здравствените организации имаат обврска да организираат внатрешен надзор над стручната работа на своите здравствени организации. Надзорот се врши врз примената на оние закони кои се донесени врз база на законите во областа на здравствената заштита и се спроведува од страна на здравствена инспекција. Во случаи кога здравствената организација во текот на своето работење не ги исполнува законски пропишаните услови за извршување на дејноста, било од аспект на стручни кадри или од аспект на материјалните услови или, пак, престанала да ги извршува задачите поради кои е основана, истата може да биде укината од страна на основачот.

---

<sup>14</sup> Hofmacher, M., H. Oxley, and E. Rusticelli. 2007. "Improved Health System Performance through Better Care Coordination." Organisation for Economic Co-operation and Development Report 30, Paris.

### **1.2.2. Видови здравствени организации во Република Македонија**

Во зависност од видот на здравствената дејност која ја извршуваат и видот на здравствените услуги кои ги нудат и извршуваат, здравствените установи може да се појават како:<sup>15</sup>

- ординација;
- поликлиника;
- дијагностичка лабораторија;
- заботехничка лабораторија;
- центар;
- здравствен дом;
- болница (општа, специјализирана, клиничка);
- болница за нега;
- институт;
- универзитетска клиника;
- универзитетски институт;
- универзитетски клинички центар;
- аптека.

Ординацијата е здравствена организација којашто обезбедува здравствени услуги за населението од сите возрасти. Ординациите може да се појават како ординации на примарно и ординации на секундарно ниво. Ординацијата на примарно ниво, пред сè, спроведува здравствена дејност доколку се исполнети условите за извршување на дејноста и може да се појави како ординација по семејна, односно општа медицина, училишна медицина, педијатрија, медицина на трудот, општа стоматологија и сл. Ординациите на секундарно ниво спроведуваат специјалистичко-консултативни здравствени дејности од областа на медицината, т.е. стоматологијата. Во ординациите се обезбедува основна здравствена заштита, преку вршење на прегледи, дијагностицирање и лекување со примена на електрокардиограф. Во случај на недостиг на посовремена опрема за

---

<sup>15</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл.весник на РМ“ 43/12, чл.68

дијагностицирање и испитување, пациентите се упатуваат на други соодветни здравствени организации.<sup>16</sup>

Поликлиниката може да спроведува здравствена заштита доколку исполнува услови за вршење на дејност на две или повеќе ординации, односно две или повеќе дејности од примарната здравствена заштита или од специјалистичко-консултативната дејност, од што може да се заклучи дека и поликлиниките може да се појават на примарно и секундарно ниво.<sup>17</sup>

Дијагностичката лабораторија извршува собирање на лабораториски примероци, врши нивна обработка и анализа преку примена на дијагностичка опрема, апаратура и физичко-дијагностички методи.<sup>18</sup>

Заботехничката лабораторија извршува дејност на подготовка на заботехнички и забнопротетички помагала, како што се протези, мостови, коронки и сл.<sup>19</sup>

Здравствениот дом, пред сè, извршува превентивна и примарна здравствена заштита на подрачјето на општините. Дејноста ја извршува со примена на диспанзерски и тимски метод на работа. Диспанзерскиот метод се состои во следење на здравствената состојба на соодветна група население, односно одредено заболување со користење на картотека каде што се внесуваат сите податоци во врска со здравјето, додека тимскиот метод на работа се состои во формирање на тим од неколку специјалности кои се меѓусебно поврзани со цел успешно дијагностицирање и лекување. Со цел зачувување на здравјето и негово унапредување, здравствените домови спроведуваат програми за здравствено воспитување на помладата популација, како и здравствено просветување на возрасните.<sup>20</sup>

Центарот организира и спроведува мерки преку кои на пациентите им се обезбедува итна медицинска помош од местото на настанување на ургентната

---

<sup>16</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12,чл.69

<sup>17</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12, чл.70

<sup>18</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12, чл.71

<sup>19</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12, чл.72

<sup>20</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

здравствена состојба со преземање на мерки за реанимација и интензивна нега до местото на најблиската соодветна здравствена установа за згрижување и лекување, акутен третман, рехабилитација и друг вид поддршка. Центарот може да биде основан за итна медицинска помош, ментално здравје, лекување и третман на хронично болни, третман на зависности, за рехабилитација и сл.<sup>21</sup>

Болницата извршува болничка здравствена дејност која опфаќа дијагностика, лекување, здравствена нега и акушерска нега, медицинска рехабилитација и сл. Исто така, болницата може да врши и специјалистичко-консултативна здравствена дејност на секундарно ниво за оние видови здравствена дејност за кои врши болничка здравствена дејност. Болницата може да биде општа или специјална. Општата болница спроведува здравствена заштита на лицата од сите возрасти заболени од разни видови болести, додека специјалната болница спроведува здравствена заштита на лица кои се заболени од одредени болести или, пак, лица од одредени групи (пр. белодробни заболувања, душевни болести, ортопедија и трауматологија и сл).<sup>22</sup>

Клиничката болница спроведува здравствена заштита како и општата болница, но проширена со некои од следните служби: урологија, неврохирургија, ортопедија и трауматологија, очни болести, болести на уво, нос и грло и сл. Дополнително, клиничката болница спроведува и стручно усовршување на здравствените работници од областите на медицина, стоматологија и фармација. Клиничките болници обично се основаат за подрачје пошироко од подрачјето кое го покрива општата болница.<sup>23</sup>

Институтот спроведува здравствена дејност доколку се исполнети условите утврдени со Законот за здравствена заштита за специјализирана болница, како и условите за вршење на научно-истражувачка дејност согласно со законот.<sup>24</sup>

Универзитетската клиника извршува здравствени услуги кои бараат стручен, организациски и технолошки сложен и мултидисциплинарен здравствен

---

<sup>21</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл.весник на РМ“ 43/12, чл.74

<sup>22</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

<sup>23</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12, чл. 78

<sup>24</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12, чл. 82

третман од одредена гранка на медицината. Исто така, може да врши дејност доколку во работен однос има најмалку пет вработени доктори на наука од областа на медицината, односно на стоматологијата, од кои најмалку двајца наставници на медицински, односно стоматолошки факултет.<sup>25</sup>

Аптеката врши фармацевтска дејност, пред сè, набавка, сместување, чување, издавање, испитување и контрола на лекови, санитарски материјални средства и лековити супстанции, изработка на магистрални, галенски лекови и козметички препарати, дава упатства за употреба на издадените лекови и набавува и издава средства за детска и диетална исхрана, ортопедски помагала, прибори и медицински инструменти.

### ***1.2.3. Здравствени работници и соработници во здравствените организации во Република Македонија***

Здравствената дејност во здравствените организации ја извршуваат здравствени работници и соработници. Здравствените работници се лица со високо, вишо или средно образование и тоа од областа на медицина, стоматологија и фармација. Здравствени работници со високо образование се лекарите, лекари специјалисти, стоматолози, фармацевти и медицински сестри со високо образование. Здравствени работници со вишо образование се виша медицинска сестра, виши заботехничари, виши лаборанти и сл. Здравствени работници со средно образование се медицинска сестра, медицински техничар, физиотерапевт, лаборант и сл.<sup>26</sup>

Здравствените услуги ги извршуваат само здравствените работници со високо образование. Останатите здравствени работници и соработници можат да вршат одредени работи и задачи од здравствената заштита само со овластување, т.е. упатство од здравствените работници со високо образование.

---

<sup>25</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12, чл. 85

<sup>26</sup> Hsiao, W. and B. Siadat 2008. “Health Systems: Concepts and Deterministic Models of Performance.” Unpublished manuscript, Harvard School of Public Health, Boston, p.27

Здравствена заштита може да укажуваат здравствени работници со:<sup>27</sup>

- соодветно стручно образование (медицина, фармација и стоматологија);
- завршен приправнички стаж, кој трае различно зависно од здравствените работници и соработници. За здравствените работници со високо образование приправничкиот стаж трае една година, со вишо образование девет месеци, додека со средно образование трае шест месеци;
- положен стручен испит кој се полага по завршувањето на приправничкиот стаж во присуство на испитна комисија. Положениот стручен испит истовремено претставува лиценца за работа;
- за одредени работи и задачи потребна е и завршена специјализација или супспецијализација за одредени гранки на специјалност или супспецијализација во одредени гранки на медицината.

Здравствените работници се етички, стручно и материјално одговорни. Со Законот за здравствена заштита се утврдени обврските и правата на здравствените работници. Тие се должни да чуваат како професионална тајна сè што знаат за здравствената состојба на пациентот. Повредата на чувањето на професионалната тајна претставува повреда на обврските од работниот однос.

Здравствените соработници се лица со високо образование, како, на пример, дипломирани педагози, психолози, биолози, дефектолози, социјални работници и др. кои вршат одредени работи во здравствената заштита. Здравствените соработници во тимска работа со здравствените работници учествуваат преку донесување на дијагноза од својот домен, со давање на препораки за совладување на нарушувањето од свој аспект, како и следење на резултатите до подобрување или, пак, до дефинитивно излекување.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

<sup>28</sup> Public Health Functions Steering Committee 1994, Smith, Jenny, Education and Public Health: Natural Partners in LearningforLife. Alexandria, VA, USA: Association for Supervision & Curriculum Development, 2003, p 15

#### **1.2.4. Здружување на здравствените работници во Република Македонија**

Заради заштита и унапредување на својата стручност, како и етичките права и должности, подобрување на квалитетот на здравствената заштита, заштита на интересите на својата професија, следење на односот на здравствените работници кон општеството и граѓаните, докторите на медицина, докторите на стоматологија и дипломираните фармацевти се здружуваат во лекарски, стоматолошки и фармацевтски комори.

Коморите имаат својство на правно лице и имаат право да одземаат лиценца за работа, доколку утврдат дека се прекршени лекарската етика или доколку е извршена повреда на квалитетот на здравствените услуги.<sup>29</sup>

Коморите донесуваат свој статут, утврдуваат кодекс на професионални етички должности и права, формираат суд на честа и донесуваат други акти преку кои го регулираат работењето на своите органи. Дополнително го утврдуваат начинот и постапката за издавање, односно одземање на лиценца за работа.

Како органи на комората се јавуваат:<sup>30</sup>

- Собрание, кое согласно со статутот може да го сочинуваат сите негови членови или избраните претставници на членовите. Собранието, главно, го донесува статутот на комората, донесува годишна програма за работа и финансиски план, одлучува за висината на членарините и сл.
- Извршен одбор, чијшто број на членови е определен со статут. Главно, му предлага на собранието донесување на програма за работа и финансиски план, разгледува и донесува предлози на материјалите за седниците на собранието на комората, како и спроведување на програмата за работа и финансискиот план и други одлуки донесени од страна на собранието.

---

<sup>29</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12, чл. 250

<sup>30</sup> Закон за здравствена заштита, „Сл. весник на РМ“ 43/12, чл. 254

- Надзорен одбор, кој, главно, врши надзор над законитоста на работењето и правилноста на работењето на комората и за своето работење го известува собранието на комората.

Здравствените работници од одделни специјалности може да се здружуваат во стручни здруженија во состав на Македонското лекарско друштво, Македонско стоматолошко друштво и Македонското фармацевтско друштво, како и во други здруженија, пред сè, заради следење на достигнувањата и унапредувањата во одделни гранки на медицината, стоматологијата и фармацијата.

Во стручни здруженија може да се здружуваат и здравствените работници со средно, вишо или високо образование од областа на медицината, стоматологијата и фармацијата преку кои организираат различни форми на стручно усовршување на здравствените работници, изработуваат упатства за работа и предлагаат мерки за унапредување на стручната работа на здравствените работници.<sup>31</sup>

Во изборот на органите на стручните здруженија се применува принципот на соодветна и правична застапеност на сите заедници на Република Македонија.

### **1.3. *Определувачки фактори на окружувањето за функционирање на здравствените организации во Република Македонија***

Секоја здравствена организација работи и дејствува во рамките на одредено окружување со коешто врши континуирана размена на луѓе, капитал, информации, материјали, сировини на начин со кој го обезбедува својот опстанок и развој.

<sup>31</sup> <http://healthrights.mk/pdf/Priracnik/7.%20%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%B8%20%D0%BE%D0%B1%D0%B2%D1%80%D1%81%D0%BA%D0%B8%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%20%D1%80%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B8.pdf>



### **1.3.1. Поимот окружување во здравствените организации**

Окружувањето ја претставува целокупноста на факторите коишто имаат свое влијание врз остварувањето на целите на здравствената организација. Еден дел од факторите може да бидат контролирани од страна на менаџерите на здравствените организации, но има и такви фактори врз кои тие не можат да влијаат. Може да се каже дека сите фактори, сили и услови кои имаат пресудно влијание врз ефикасното и ефективното работење на здравствената организација го дефинираат и го определуваат поимот окружување на една здравствена организација.<sup>32</sup> Окружувањето има влијание врз деловниот амбиент на здравствената организација и се карактеризира со голем број промени. Тие може да се манифестираат како:

- шанси и предности кои што треба да се искористат;
- препреки и слабости коишто треба да се амортизираат или да се неутрализираат.

Современото окружување го определуваат две карактеристики: од една страна, се зголемува бројот на факторите коишто влијаат врз работењето на здравствената организација, односно се зголемува неговата комплексност, додека, од друга страна, се зголемува брзината на промените кои настануваат. Овие две детерминанти на окружувањето „ги принудуваат“ менаџерите постојано да ги следат и проценуваат промените со цел да можат да го воочат дејството и влијанието на факторите на окружувањето врз функционирањето на здравствената организација.

Менаџерите е неопходно да ги анализираат сегментите на окружувањето кои се релевантни и од коишто зависи работењето на здравствената организација. При самата анализа, потребно е менаџерите да си постават неколку прашања меѓу кои:<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Health and Environment in the WHO European Region, Creating resilient communities and supportive environments, WHO publication, 2013

<sup>33</sup> WHO (2009) Country profiles. Environmental burden of diseases

- Кои сегменти од окружувањето се важни за здравствената организација?
- Кои аспекти од окружувањето треба да се земат предвид при планирањето или при одлучувањето?
- Дали може да се антиципира, односно да се претпостави она што ќе се случи?
- Дали може да се сведат на минимум опасностите кои произлегуваат од окружувањето, а да се искористат можностите кои тоа ги нуди?
- Дали здравствената организација има моќ да дејствува врз окружувањето и во кое подрачје?

Анализата на факторите кои го детерминираат окружувањето и предвидувањето на промените и трендовите е една од најсложените и најважните задачи на менаџерите, затоа што треба да се постигне компатибилност помеѓу дејствувањето на здравствената организација и нејзиното окружување доколку целта е постигнување на добри резултати.

### ***1.3.2. Надворешни и внатрешни фактори на окружувањето во здравствените организации***

Факторите коишто влијаат врз работењето на здравствените организации може да се поделат на две групи и тоа: надворешни и внатрешни фактори.

Надворешните фактори може да се групираат во сегменти. Технолошкиот сегмент го претставуваат технолошките и научните откритија кои се користат во здравствената организација и кои се особено важни за успехот во работењето. Сите технолошки откритија даваат големи можности за модернизација и развивање на здравствената организација, како и за зголемување на нејзината конкурентност.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х.Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

Економскиот сегмент е поврзан со останатите сегменти, како, на пример, правниот, политичкиот и тенхолошкиот. Развиените земји можат да ја организираат здравствената заштита според највисоки стандарди, додека земјите кои имаат слаби економии се ограничени во поглед на можностите за давање и користење на квалитетни услуги во здравството.<sup>35</sup>

Политичкиот сегмент го претставува моменталниот политички амбиент во земјата. Во централизиран плански економии приватната сопственост не е дозволена, со што се намалува конкуренцијата и конкурентноста, како и квалитетот на здравствените услуги и обратно, во демократските општества, приватна сопственост е дозволена со тенденција за зголемување на конкурентноста.

Правниот сегмент ја опфаќа позитивната законска регулатива којашто е актуелна во земјата заедно со уставот, меѓународните ратификувани конвенции, законите и подзаконските акти во кои се регулирани и одредени прашања битни за здравствената заштита на населението.

Меѓународниот сегмент го претставува елементите од меѓународното окружување. Меѓународната димензија опфаќа гостувања или ангажирање на странски експерти во матичната земја, следење на најнови откритија, усвојување на знаења кои не се применувани во земјата, усовршување на медицинскиот кадар во здравствената организација во други земји.<sup>36</sup>

Социо-културниот сегмент ја претставува културата, обичаите, традицијата, верувањата кои се усвоени од страна на населението, а имаат свое влијание врз здравјето и ставот кон здравјето. Во рамките на овој сегмент спаѓаат: условите за живеење, навиките, односот кон здравјето, прифатените предрасуди и сл.

Демографскиот сегмент опфаќа фактори како што се: број на население, густина на населението, полово и старосна структура, наталитет и морталитет и

---

<sup>35</sup>Health and Environment in the WHO European Region, Creating resilient communities and supportive environments, WHO publication, 2013

<sup>36</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

сл. Сите овие фактори го одредуваат и диктираат видот на потребната здравствена заштита.<sup>37</sup>

Сите елементи на факторите на надворешното окружување се анализираат со цел да се изврши добра проценка на можностите кои ги дава окружувањето, како и заканите, односно опасностите со коишто може да се соочи здравствената организација.

Внатрешните фактори, за разлика од надворешните, се така поставени што менаџерите можат да влијаат врз нив. Тука спаѓаат организациската структура, организациската култура и организациската клима.

*Организациската култура* го опфаќа начинот на размислување и образецот на однесување којшто е заеднички за вработените во здравствената организација. Таа претставува систем на правила и вредности кои ги користат вработените и врз коишто менаџерите можат да влијаат доколку сметаат дека треба да ги променат. Организациската култура може да се појави на три нивоа и тоа: надворешно ниво, ниво на прокламирани вредности и ниво на прифатени ставови.<sup>38</sup>

Организациската структура треба да овозможи нормално функционирање на здравствената организација. Таа ја претставува автономијата на организацијата и треба да овозможи непречено одвивање на дефинираните активности, оптимално користење на расположливите ресурси, исполнување на целите, реагирање на позитивните или негативните промени во окружувањето итн.

*Организациската клима* е работниот амбиент на здравствената организација во кој се реализира самиот процес на давање на здравствени услуги. Климата во организацијата ја изразува индивидуалната перцепција, индивидуалното доживување на вработените за активностите кои се преземаат во здравствената организација.

---

<sup>37</sup>Health and Environment in the WHO European Region, Creating resilient communities and supportive environments, WHO publication, 2013

<sup>38</sup>Management in health care practice, A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals, Zagreb, 2008, p 23

#### **1.4. Организација и темелна законска регулатива на здравствениот систем**

Постојниот систем и организација на здравствената заштита се уредени со Законот за здравствената заштита,<sup>39</sup> Со основниот текст на Законот, донесен во 1991 година, е уредена материјата која се однесува на здравствената заштита и здравственото осигурување. Со донесувањето на Законот за здравственото осигурување во 2000 година престанаа да важат голем број одредби од Законот за здравствената заштита со кои беше уредено здравственото осигурување.

Областа на здравствената заштита во Република Македонија, покрај со основниот Закон за здравствена заштита, е регулирана и со голем број други закони и подзаконски акти (од областа на заштитата од заразни болести, безбедноста на крвта, јавното здравје, заштитата на правата на пациентите, трансплантацијата на органи и ткива, биомедицински потпомогнатото оплодување, менталното здравје).

Со измените и дополнувањата на Законот по 2000 година се доуредија определени прашања од системот и организацијата на здравствената заштита на парцијален начин, што доведе до нерамномерен развој на здравствената дејност. Одредени правни празнини, особено видливи преку неутврдените мерила и критериуми, доведоа до развој на системот во согласност со условите на пазарот, а не во зависност од потребите на населението. Здравствениот систем се развиваше во зависност од интересот за инвестирање во одделни дејности од страна на приватниот сектор и во контекст на ширењето на приватниот сектор во здравството.

Примената на Законот од неговото донесување до денес, како и повеќекратното менување во законодавството во оваа област, ја наметна потребата од анализа на севкупната правна регулатива во здравствениот сектор и нејзино соодветно систематизирање и дополнување, со цел соодветно рефлектирање на современите текови во здравството и медицината и одговор на

---

<sup>39</sup> („Службен весник на Република Македонија“, бр. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05, 111/05, 65/06, 5/07, 77/08, 67/09 и 88/10)

современите потреби на пациентите, особено од аспект на обезбедување стандарди на квалитет во здравствената заштита и безбедност и почитување на правата на пациентот.

Потребата од донесувањето на нов закон е поттикната од актуелните потреби и показатели за состојбите во здравствениот сектор и во општеството воопшто.

Во постојниот Закон за здравствената заштита, начелата врз кои се заснова здравствената заштита произлегуваат од утврдените вредности и гаранции за заштита на човековите права со Уставот на Република Македонија. Во постојниот Закон за здравствената заштита е утврдено дека здравствената дејност е од јавен интерес и дека се засновува врз единството на превентивните, дијагностичко-терапевтските и рехабилитациските мерки и врз начелата на достапност, рационалност и континуираност, како и врз современите и потврдените достигнувања на медицинските и други науки и на етиката на здравствените работници. Денес, начелата и човековите права и вредности во здравствената заштита наоѓаат своја основа и во препораките на Светската здравствена организација (СЗО),<sup>40</sup> како и во членот 152 од Договорот на Европската заедница и новиот стратешки пристап на Европската Унија кон здравјето (2008-2013).<sup>41</sup> Европската Унија во својот нов стратешки пристап како прв принцип го определи развојот на здравјето врз основа на заедничките вредности (универзален пристап, пристап до квалитетна здравствена заштита, еднаквост и солидарност), потоа правата на пациентите (учество во донесувањето на одлуките и намалување на нееднаквостите во здравјето) и определи здравствената политика да се заснова на најдобрите достапни научни докази.

Здравствената дејност во Република Македонија се врши во здравствени установи. Сите здравствени установи се основаат под еднакви услови и без ограничување во однос на времето на нивното важење и во однос на тоа кој вид здравствени услуги ќе се вршат во рамките на дејноста за која се издава

---

<sup>40</sup> СЗО, Повелбата од Талин: Здравствени системи за здравје и благосостојба, 2008

<sup>41</sup> Commission White Paper of 23 October 2007 'Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013' [COM(2007) 630 final]

дозволата. Со постојните законски решенија не е предвидена обврска за водење регистар на здравствените установи, што предизвикува тешкотии во обезбедувањето на официјална актуелна состојба во однос на бројот и распоредот на здравствените установи по подрачја, дејностите што се вршат во нив, како и за вработениот медицински кадар.

Постојниот Закон за здравствената заштита не прави разграничување на здравствената дејност по нивоа на здравствена заштита, туку дејноста се определува според видовите здравствени установи. Законот не утврдува што претставува здравствена дејност што може да се врши единствено во јавните здравствени установи. Недефинирањето на видовите здравствени установи по нивоа на здравствена заштита доведе до нејасно разграничување по нивоа на здравствена дејност (меѓу примарното и секундарното – специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита – и терцијарното ниво). Ова негативно влијае на распределбата на обврските и одговорностите во здравствениот систем и предизвикува проблеми во неговото финансирање. Од аспект на правата на пациентите, ваквата недореченост го става пациентот во позиција да не знае каде формално да се обрати и за каков вид/ниво на здравствена услуга. Иако практиката забележа извесни прилагодувања на потребите на пациентите, тоа не може соодветно да го замени нормирањето.

Постојниот Закон за здравствената заштита предвидува обврска за утврдување на мрежата на здравствени установи, но недостигот на критериуми за утврдување на мрежата и непостоењето на самата мрежа е еден од најголемите недостатоци во развојот на здравствената дејност и во рамномерното и прилагодено распоредување на здравствените капацитети на потребите на населението по подрачја, како и во неусогласениот развој на сите видови дејности.

Практиката на примената на постојниот закон покажа дека нормативното уредување на здравствената заштита мора да се движи во насока на дефинирање на здравствената дејност, нејзиниот опфат и содржина од што директно ќе зависи утврдувањето на потребите од ресурси за поддршка и одржување на ова ниво на

здравствената заштита, но и поставување на правилна основа на координацијата и комуникацијата помеѓу различни нивоа на здравствена заштита.

Значајно прашање, кое не е уредено со постојниот закон, е категоризацијата на здравствена заштита во рамки на здравствена дејност што ја вршат болниците, што треба да се уреди заради обезбедување на квалитетот и обезбедување на минималниот стандард на стручен развој, рационално управување со ресурсите и обезбедување на рамномерен развој на оваа дејност.

Потребата од нов закон е поттикната од искуствата стекнати во досегашната примена на решенијата од постојниот закон, забележаната потреба за подобрување на постојните решенија, неопходноста за надминување на одредени празнини забележани во практиката на примена на досегашниот закон, како и утврдената потреба за воведување нови законски решенија за одделни делови од областа на здравствената заштита и нејзиниот систем и организација во Република Македонија.

Со донесувањето на нов закон за здравствената заштита ќе се спроведат мерки и активности за креирање на поефикасен, потранспарентен и посигурен здравствен систем ориентиран кон потребите на пациентот и населението, а кој, во истиот контекст, едновременно ќе воспостави основа за професионален развој и работа на здравствените работници и здравствените установи.

Изработката на нов закон за здравствената заштита се наметна од неопходноста да се воспостави солидна правна основа за развој на здравствениот систем на Република Македонија во тек со современите движења во здравството и медицината, кој ќе овозможи соодветен одговор на современите предизвици со кои се соочува здравството, меѓу кои и оправдано зголемените барања и очекувања на граѓаните за квалитетна и достапна здравствена заштита.

### ***1.5. Финансирање на здравствениот систем***

Со постојаниот развој на медицината и пронаоѓањето на нови средства и технологии за подобрување и унапредување на обезбедувањето здравствени



услуги, се откриваат нови лекови, па тоа бара сè поголеми вложувања, што секојдневно ги зголемува трошоците на дијагностика и лечење.<sup>42</sup>

Современиот начин на живот со себе носи голем број нездрави навики, како што се: забрзано темпо на работа и живот кои не одговараат на природното функционирање на организмот, лоша исхрана, многу малку физички активности, константен стрес кој е невозможно да се избегне, грижа за опстанокот, кои доведуваат до сè поголем број пациенти и сè повеќе болести, што, пак, повратно го оптоварува економскиот раст и развој на државата.

Менаџментот во здравството е најразвиен во такви услови на работење и организација, затоа што грешките во работењето и функционирањето се ретки и недопустливи. Чести се промените на кадрите и отказите во менаџментот, дури и поради мали финансиски загуби.<sup>43</sup>

Финансирањето на здравствените системи и здравствените институции е од круцијално значење. Начините на финансирање на здравството и здравствените услуги во другите земји се движат од Семашковиот модел со универзално право на бесплатна здравствена заштита, со присутна централизација на системот кој е дел од планската економија каде што доминираат специјализирани установи до Бизмарковиот модел и пазарната ориентација со присутна децентрализација (договорен модел).

За да се зборува за основните начини на финансирање на здравствената заштита, неопходно е да се разјаснат основните принципи на секоја здравствена политика и критериумите врз кои се вреднува здравствениот систем, а со тоа и на системот на финансирање. Тука спаѓаат принципот на успешност, односно ефикасност и принципот на праведност.<sup>44</sup>

Првиот принцип е исполнет кога еден здравствен систем обезбедува здравствена заштита со максимален квалитет и со минимални трошоци со оглед на постојните средства. Вториот принцип, односно праведноста, при финансирањето се разгледува од два аспекти, и тоа: финансиските можности на

---

<sup>42</sup> WHO, 2000 b

<sup>43</sup> Timo & Janne, 2012

<sup>44</sup> Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 – Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем, Министерство за здравство, Скопје, 2007 година, стр.34

поединците за плаќање на здравствената заштита и од аспект на обезбедувањето на здравствената заштита.

Системот на финансирање на здравствената заштита може да биде:<sup>45</sup>

- прогресивен, кога издвојувањата на здравствената заштита растат со приходите, т.е. богатите луѓе плаќаат пропорционално повеќе во однос на оние кои се помалку богати;
- пропорционален, кога сите плаќаат пропорционално еднакво во однос на приходите;
- регресивен, кога издвојувањата за здравствена заштита се намалуваат со растењето на приходите, што значи дека богатите луѓе плаќаат пропорционално помалку од сиромашните.

Во секој здравствен систем како клучни субјекти се јавуваат:

- граѓаните, односно осигурениците, пациентите;
- давателите на здравствените услуги;
- институцијата посредник која се јавува како собирач на приходите и како плаќач на услугите.

Финансирањето на здравствената заштита може да се прикаже како размена или трансфер на средства помеѓу клучните субјекти кои се актери во здравствениот систем.<sup>46</sup>

Битно е да се напомене дека сите пари директно или индиректно доаѓаат од граѓаните преку.<sup>47</sup>

- Финансирање од државниот буџет – се нарекува уште и модел на национална здравствена заштита кој е воведен за првпат во Велика Британија во 1948 година. Главна карактеристика на овој систем на финансирање е тоа што здравствената заштита ја финансира државата од државната сметка, односно од буџетот, а средствата се прибираат преку општо оданочување. Даноците кои се главен извор на

---

<sup>45</sup> Milosavljević, T. (2009). *Finansiranje zdravstvenog sistema*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.

<sup>46</sup> Technical Briefs for Policy-makers, achieving universal health coverage: Developing the Health financing system, WHO, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy, 2005

<sup>47</sup> Mitrović, M., & Gavrilović, A. (2013) *Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije*, str. 151

финансирање на овој модел се јавуваат како директни кои се собираат од поединци, домаќинства и деловни субјекти (данок на личен приход, данок на добивка, данок на сопственост). За разлика од нив индиректните даноци се собираат од продажба на стоки и услуги (данок на промет, данок на додадена вредност, данок на увоз и извоз итн.). Недостаток на овој модел е тоа што за средствата за здравствена заштита одлучуваат политичарите кога одлучуваат за распределба на средствата на буџетот. Овој модел е лесен за управување, ефикасен бидејќи овозможува директна контрола на трошоците, овозможува општа пристапност до квалитетни услуги во однос на релативно ниски финансиски средства, обезбедува висок степен на праведност во финансирањето според можностите на плаќање.

- Задолжително здравствено осигурување – наречен уште Бизмарков модел, претставува најзначаен облик на финансирање на здравствената заштита во голем број развиени земји и со него е опфатен поголемиот дел или, пак, цела популација. Осигурувањето е задолжително и ги поврзува уплатите со нивото на приходи, а притоа бара придонес и од работодавците и од вработените. Услугата е бесплатна за пациентите на местото каде што се дава, а нивото на заштита не е поврзано со уплатените придонеси. Поради својата поврзаност со заработувачката и поради недостатокот на поврзаност со користа која ја дава, претставува алтернативен облик на оданочување. Стапката на придонеси е одредена од страна на владата. Фондот за здравствено осигурување може да биде единствен за целата земја, додека може да постојат и повеќе регионални фондови. Предности на овој систем се тоа што е потранспарентен од претходниот и е поприватлив од страна на граѓаните, овозможува висок степен на избор, високо ниво на услуги со повисок квалитет, како и висок степен на задоволни корисници. Недостатоците се поврзуваат за „моралната опасност“, т.е. непотребно и претерано користење на здравствената

заштита. Претераната понуда и претераното користење на услугите претставуваат причина за преголема здравствена потрошувачка.

- Приватно финансирање – вклучува, главно, приватно здравствено осигурување, лични сметки за медицинско штедење, како и директно плаќање на трошоците за здравствена заштита. Овој вид осигурување, главно, се финансира врз база на премии, т.е. уплати во готовина преку која поединците се осигуруваат најчесто за една година. Целта на личните сметки за медицинско штедење е поединците задолжително или, пак, доброволно да уплаќаат одредена заштеда за здравствена заштита на своја сметка. Директното плаќање на здравствената заштита се однесува на сите оние облици на директно плаќање од џебот на пациентот, при што се разликуваат три начини на директно плаќање во здравствената заштита, и тоа: директно плаќање на оние услуги кои не се покриени со осигурувањето, дополнително плаќање за услуги кои се во осигурувањето, но не се целосно покриени и неформално плаќање на услугите кои се покриени со осигурувањето, но за кои неформално се бара и дополнително, односно нелегално плаќање.

Кога станува збор за финансирањето на здравствената заштита во Република Македонија, може да се напомене дека таа се врши преку здравствено осигурување. Здравственото осигурување во Македонија може да се појави како задолжително и доброволно.

Задолжителното осигурување е воведено заради обезбедување на здравствени услуги и парични надоместоци врз база на начелата и принципите на сеопфатност, еднаквост, солидарност и ефективно користење на средствата под услови одредени со закон. Овој вид осигурување кај нас се спроведува од страна на Фондот за здравствено осигурување.

Доброволното здравствено осигурување се користи за обезбедување на здравствени услуги коишто не се опфатени во рамките на задолжителното

осигурување. Ваквиот вид осигурување го спроведуваат друштвата за осигурување.<sup>48</sup>

Со Законот за здравствено осигурување се дефинирани извори на средства за финансирање на задолжителната здравствена заштита во Република Македонија коишто се обезбедуваат преку:

- придонеси од: бруто-платите и надоместоците на плати на вработените, пензиите и надоместоците од пензиско и инвалидско осигурување, приходите од лица кои самостојно вршат дејност;
- дополнителен придонес во случај на повреда на работа и професионално заболување;
- учество на осигурениците;
- буџетот на Републиката;
- камати и дивиденди;
- други приходи.

Со Законот за здравствено осигурување се утврдени три основни методи за плаќање на обезбедувачите на здравствената заштита и тоа: методот на капитација, методот на утврдена цена за секоја единица на здравствена услуга (надоместок за услуга) и според програми за одредени видови здравствени услуги.

### ***1.6. Инфраструктура и користење на здравствениот систем***

Начинот на кој се алоцираат ресурсите во здравствениот систем има силно влијание врз квалитетот на здравствената заштита: инфраструктурата, т.е. материјалните ресурси (количина и видови објекти, опрема и материјали) кои одредуваат кои услуги може да се понудат и како ќе им се пристапи, човечките ресурси (квалификации на вработените, обука, надзор) кои одредуваат колку ќе бидат добри услугите, организациски договори – алокација на овластувањата и

---

<sup>48</sup> Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 – Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем, Министерство за здравство, Скопје, 2007 година, стр.35

одговорностите кои одредуваат дали давателите на услугите ќе бидат мотивирани или, пак, обесхрабени. За обезбедување на сигурна, квалитетна здравствена заштита, неопходно е извесно минимално ниво на ресурси.

Инфраструктурата на здравствениот систем ги опфаќа: објектите на здравствените установи, работниот простор и работниот амбиент, средствата за работа, материјалите и опремата, помошните служби, информациските и комуникациските технологии, средствата за транспорт итн. Менаџментот треба да ја дефинира инфраструктурата како цели, функции, изведба, одржување, достапност, цена, сигурност, безбедност, амортизација, евалуација според стварните потреби и користење во однос на дејствувањето на окружувањето. При управувањето со ризикот, инфраструктурата на здравствените установи подлежи на проценка на неклинички ризици.

Техничко-технолошките системи се специфични за секој вид работа во една организација, на пример системот на обезбедување на медицински услуги. Во која било организација, проблемите можат да настанат поради слабост на човечкиот систем, како што е, на пример, мала мотивираност предизвикана од ниските плати, поради технички проблеми, како што е слабата снабденост со лекови и сл. Секој систем, односно потсистем дејствува на другиот: пропустите или грешките во техничкиот систем ги фрустрираат работниците и ги спречуваат да извршат добра работа, намалувајќи ја нивната мотивација. Исто важи и за обратното: уморниот лекар после дежурство може да предизвика пропусти на некој технички систем. Во исто време, таквите проблеми можат да доведат до меѓучовечки расправи и лоша комуникација, што може да води кон натамошни врски помеѓу потсистемите.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup>Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.35

## **2. Детектирање на стратешки проблеми и развојни правци во здравствениот систем на Република Македонија**

### ***2.1. Визија, вредности и начела на здравствениот систем***

Во услови кога промените во здравствениот систем се случуваат со побрзо темпо во однос на искуството кое би можело да биде водич за креирање на иднината, тие доведуваат до голем број комплексни и неизвесни ситуации. Стратешкото планирање претставува процес во кој менаџерскиот врв ги формулира целите и избира специфични средства за нивно остварување.

Пред обликување на структурата и функцијата за подобрување на квалитетот потребно е да се дефинира визија на организацијата, односно здравствениот систем, т.е. да може организацијата да согледа во кој правец треба да се движи, со стратешки насоки како да постапува во преодниот период, од начинот на којшто сега работи до начинот на работење во иднина.

Визијата на организацијата тешко може да се раздвои од мисијата на организацијата, затоа што визијата претставува само еден дел од мисијата на организацијата.<sup>50</sup>

#### ***2.1.1. Визија на здравствениот систем во Република Македонија***

Визијата, всушност, ја претставува идната состојба на здравствениот систем и укажува на неговиот систем. Дополнително, претставува јасна претстава за иднината на здравствениот систем, запознавање на другите со барањата за остварување на визијата, како и мотивирање и инспирирање на јавноздравствени професионалци за нејзино остварување преку секојдневното работење. Големо влијание во одредувањето на визијата има културата која претставува збир на

---

<sup>50</sup> Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str.26

вредности, верувања, навики, знаење и ставови при донесување на одлуки на здравствените работници во една здравствена организација.<sup>51</sup>

При конципирање на визијата на здравствениот систем треба да се земе предвид следното:<sup>52</sup>

- да се донесе одлука што ќе ги привлече корисниците на јавните здравствени услуги;
- да биде фокусирана врз стратешките предности;
- да биде јасна при донесување на одлуките;
- да биде прифатена од страна на сите вработени, корисниците на здравствените услуги, соработниците и снабдувачите.

Успешната визија ги исполнува следните цели:

- дава чувство на иднината (визијата е „слика на иднината“);
- води во процесите на одлучување;
- укажува на стратешките насоки и целите на организацијата;
- помага при создавање на едногласност во поглед на целта на организацијата;
- дава насоки за однесување на луѓето;
- инспирира емоции;
- воспоставува врска со темелните вредности на организацијата.

Кога еднаш ќе се утврди визијата на организацијата, многу полесно е да се одредат стратешките цели како мерливи индикатори на квалитетот.

Мисијата претставува писмена изјава којашто карактеризира што претставува здравствената установа, зошто постои, какви здравствени услуги нуди, ги открива перспективите, го мотивира вработениот здравствен кадар и треба да биде ориентирана кон потребите на корисниците на здравствените услуги. Содржината на мисијата на здравствениот систем дејствува како „невидлива рака“ која ги води вработените да работат самостојно, а сепак

---

<sup>51</sup> World Health Organization, Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2016, Regional Office for Europe, 2012, p.5

<sup>52</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.57



колективно во насока на остварување на целите на системот. Содржината на мисијата треба да биде мотивирачка и неопходно е да ја нагласи основната политика која таа има намера да ја почитува. Дополнително се дефинирани начините на кои вработените ќе се однесуваат со корисниците, конкурентите и јавноста. Посебна задача на планирањето е мисијата да има зацртана насока и да се фокусира на акцијата.<sup>53</sup>

### **2.1.2. Темелни вредности и начела**

Здравјето претставува темелна вредност на здравствениот систем во Република Македонија. Со цел секој граѓанин да може да го оствари своето уставно право на здравствена заштита согласно со закон, здравствениот систем на Република Македонија се темели на следните вредности:<sup>54</sup>

- рамноправност во пристапот на средствата за одржување или подобрување на здравјето;
- правичност во распределбата на средствата;
- солидарност меѓу социјалните заедници и генерации.

Освен начелата кои ја одредуваат организацијата и работата на системот, општите начела го обврзуваат секој граѓанин, при што секој граѓанин е должен да се грижи за своето здравје, а никој не смее да го загрози здравјето на другите. Секој граѓанин е должен во итни случаи да ѝ даде прва помош на повредена или болна личност и да ѝ овозможи пристап до итната медицинска помош.

Здравствената заштита на населението во Република Македонија се темели на начелата на сеопфатност, континуираност и достапност. Организацијата на обезбедувањето на здравствена заштита е заснована на начелата на целосен пристап во примарната здравствена заштита, а специјализиран пристап во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита.

---

<sup>53</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str. 57

<sup>54</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

Сеопфатноста на здравствената заштита го вклучува целокупното население на Република Македонија со примена на соодветни мерки на здравствена заштита согласно со закон.

Континуираноста на здравствената заштита се постигнува со целокупна организација на здравствената дејност, особено на ниво на примарната здравствена дејност која обезбедува непрекината здравствена заштита на населението низ целиот животен век. За осигурување на континуирано работење, составот на здравствената дејност во Република Македонија мора да биде меѓусебно функционално поврзан и ускладен. При тоа се почитува начелото на супсидијарност, односно решавање на здравствените проблеми на најниско ниво на здравствена заштита на кое е тоа можно.

Достапноста на здравствената заштита се остварува со таков распоред на здравствените установи, трговските друштва кои извршуваат здравствена дејност и здравствените работници на подрачјето на државата кои ќе му овозможат на населението подеднакви услови на здравствена заштита, посебно на примарното ниво на здравствената дејност. Услугите на здравствената заштита мора да бидат така обезбедени да можат да ги користат сите граѓани независно од нивното образование, економски прилики, верата или некои други лични и општествени околности кои би оневозможиле рамноправност со другите во користењето на здравствената заштита.

Во организацијата и регулацијата на обезбедувањето на здравствената заштита се применува начелото на целосен пристап на примарна здравствена заштита. Ова начело треба да осигури спроведување на соединети мерки за унапредување на здравјето и превенција на болестите, т.е. лечење и рехабилитација во примарната здравствена заштита.

Помеѓу специфичните начела во обезбедувањето на здравствената заштита спаѓа и трајното подобрување на квалитетот на работењето.<sup>55</sup>

За специфичните потреби и сложените здравствени проблеми се применува начелото на специјализиран пристап кое се осигурува со организирање

---

<sup>55</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str.153

и развивање на посебни специјализирани клинички, јавноздравствени достигнувања и знаење, т.е. со нивна примена во пракса.

Посебни начела кои се користат во заштитата на правата на корисникот на здравствената заштита, т.е. пациентите, а се регулираат, се начелата за заштита на правата на пациентите. Темелните начела во заштитата на правата на пациентите се хуманоста и достапноста. Начелото на хуманост во заштитата на правата на пациентите се остварува со почитување на пациентите како човечки суштества, остварување права на физички и ментален интегритет на пациентите преку почитување на нивната приватност, моралните и верските верувања итн.

## **2.2. SWOT анализа на здравствениот систем**

SWOT анализата на здравствениот систем во Република Македонија опфаќа.<sup>56</sup>

- силни страни – состојба и трендови со позитивен предзнак или влијание, а се однесуваат на здравството или показателите за здравјето на населението;
- слабости - состојба и трендови со негативен предзнак или влијание, а се однесуваат на здравството или показатели за здравјето на населението;
- можности – состојба и трендови кои се однесуваат на општественото, политичкото или економското окружување, а имаат позитивен предзнак или влијание на здравјето на населението или здравствениот систем;
- закани – состојба и трендови кои се однесуваат на општественото, политичкото или економското окружување, а имаат негативен предзнак или влијание на здравјето на населението или здравствениот систем;

### **Силни страни**

- Се зголемува векот на траење на животот и се намалува стапката на смртност.

---

<sup>56</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.59

- Епидемиолошката ситуација во поглед на заразните болести е поволна, со висока опфатеност на вакцинација.
- Развиена мрежа на јавни здравствени установи.
- Постоење на инфраструктура за следење и надзор на квалитетот на околината и штетните околности кои влијаат на здравјето на луѓето.
- Голема опфатеност на населението со здравствената заштита.
- Добра територијална покриеност со болници.
- Зголемен волумен на потрошувачката на лекови и ортопедски помагала на сите нивоа на здравствена заштита, што покажува поголема достапност.
- Постои тренд на зголемување на специјалистите во семејната медицина.
- Постои тренд на зголемување на бројот на лекари во итната медицинска помош.
- Бројот на стоматолози е задоволувачки.
- Добро развиена мрежа на медицински факултети.

Здравствениот систем во голема мера е информатизиран, со напредни функции (е-рецепти, е-упат за лабораторија).<sup>57</sup>

### **Слаби страни**

- Постоење на значајни регионални разлики во показателите за здравјето.
- Повисоките степени на образование на здравствените работници недоволно се препознаваат и се наградуваат.
- Недоволно развиена заштита на менталното здравје во заедницата и рехабилитација во заедницата.
- Постои тренд на намалување на бројот на превентивни и домашни посети во примарната здравствена заштита.

---

<sup>57</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.59

- Бројот на кревети во клиничките установи (терцијарно ниво) е поголем во однос на општите болници (секундарното ниво).
- Потрошувачката на енергија за здравствените објекти е многу голема.
- Информациската поврзаност внатре во здравствените организации не е потполна, односно нема адекватна комуникација помеѓу болниците и примарната здравствена заштита, како ниту меѓу болниците меѓусебно.
- Квалитетот и структурата на податоци, т.е. методологијата на собирање податоци во здравствениот систем не е изедначена на ниво на целиот систем.<sup>58</sup>

### **Можности**

- Можност за унапредување на инфраструктурата и развој на човечките ресурси во здравството преку користење на структурните и кохезиските фондови на ЕУ.
- Зајакнување на конкуренцијата на пазарот на здравствена заштита и можни вложувања во здравствениот сектор.
- Можност за користење на картички за здравствено осигурување (European insurance card).
- Пренос на знаењето и најдобрите практики преку интензивна комуникација и соработка со европски експерти.<sup>59</sup>

### **Закани**

- Голем е бројот на гости во Република Македонија од странство во летниот период со што се зголемува притисокот на службата за итна медицинска помош.
- Намалување на интересот за здравствената струка помеѓу младите.
- Намалена доверба во институциите на јавниот сектор.
- Неразбирање и неприфаќање на потребата од реформски мерки.

<sup>58</sup> Strengthening health systems to improve health outcomes – Who's framework for action, WHO, 2007, p.37

<sup>59</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.58

- Економската и политичката криза.
- Пандемии од заразни болести, катастрофи и други кризни состојби.<sup>60</sup>

### **2.3. Стратешки проблеми во здравствениот систем**

Во рамките на здравствениот систем и здравствената заштита во Република Македонија постојат поголем број проблеми меѓу кои како позначајни може да се наведат:<sup>61</sup>

- дискрепанција меѓу обезбедените средства и барањата за исполнување на софистицирани услуги. Здравствениот пакет во најголемиот број болници, а особено во универзитетските клиники, е значително „поскап“ од буџетот што го добива таа јавна здравствена установа. Во таква состојба на реална неможност за обезбедување на навремена и квалитетна здравствена услуга, за виновници се прогласуваат здравствените работници;
- предимензионираност и неискористеност на капацитетите;
- застареност на опремата и недостиг на апаратура;
- неадекватна дистрибуција на персоналот и бројот на болнички постели;
- превработеност, пред сè, со немедицински персонал;
- супстандардни услови за работа и сместување;
- депресирани цени на услугите;
- „тесни“ грла во одредени сегменти, пред сè во хирургијата;
- недостиг на врвни здравствени услуги (кадаверична трансплантација на органи и ткива, кардиохирургија и слично);
- непланска продукција на нови кадри (новоотворени медицински факултети);
- одлив на стручни кадри кон приватниот сектор;
- недостиг на увид во човечките ресурси (здравствена мапа на Република Македонија со посебен акцент врз кадарот).

<sup>60</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.59

<sup>61</sup> <http://lkm.org.mk/mk/zapis.asp?id=215>

Лекарската комора го поддржа донесувањето на Стратегија за развој на здравството до 2020 година, во февруари 2007 година. Во неа, иако е за период до 2020 година, не се споменува дека Клиничкиот центар ќе биде укинат, ниту дека ќе се формираат нови клинички центри низ Републиката. Исто така, не се споменува формирање нови државни или приватни факултети од медицинските гранки. Само во 2008 година се формирани шест или седум нови факултети од медицинските гранки.

На Република Македонија во однос на бројот на здравствени работници ѝ е потребна стратегија за потребите од медицински персонал во наредните 25 години. Ова треба да го одреди бројот на запишани студенти по медицина во наредните години. Свесни сме дека донесување и применување на медицинската мапа е болен реформски зафат, но без него не се можни вистински позитивни промени. Таа е услов за стратешко планирање на потребите.

Кога станува збор за финансирањето на болничката и терцијарната здравствена заштита, сметаме дека со сегашниот буџет на ФЗО Република Македонија не може да оствари ефикасна и квалитетна здравствена заштита. Откога постои Фондот, за прв пат приходите во 2009 година во однос на 2008 година стагнираа, па дури и се намалија. До 2008 година имаше континуиран раст на приходите. Според податоците на Фондот, во јануари 2010 година собраните средства изнесуваа нешто над 1,1 милијарда денари, а во истиот месец 2009 година изнесуваа над 1,5 милијарди денари. Овој пад е резултат на економската криза и во тие услови одлуката на Владата за постепено намалување на придонесот за здравствено осигурување од 9,2% на бруто-платата на 6% доведува до катаклизмични прогнози за судбината на здравствениот систем.<sup>62</sup>

Со воведување на системот на здравствено осигурување за сите државјани на Република Македонија, се наметнува императивот за воведување на дополнително здравствено осигурување. Со него, по примерот на Словенија, би се регулирала и дополнителната дејност на лекарите, односно нејзиното финансирање. Значи сите државјани со чинот на раѓање да го добијат основниот

---

<sup>62</sup><http://lkm.org.mk/mk/zapis.asp?id=215>

пакет, сите вработени и пензионери кои одвојуваат придонеси и членовите на нивните фамилии да добијат поширок пакет, а со дополнителното здравствено осигурување да се добие можност за добивање на поквалитетни здравствени услуги како во земјите од ЕУ, во приватните и јавните болници.

Со навлегувањето на приватниот капитал во овој сегмент на здравствената заштита, сведоци сме на нелојална конкуренција, одлив на квалитетни кадри и „тивко“ згаснување на бројни здравствени капацитети. Врвните терцијарни здравствени установи, доколку го финансираат стручното усовршување на своите лекари, треба со нив да потпишат договор во кој тие би биле обврзани да работат одреден период во здравствената установа или да ги вратат дел од средствата потрошени за нивно стручно усовршување.

Што се однесува до приватните болници, по одлуката на Уставниот суд со која се укина одредбата од Законот за здравствено осигурување со која осигуреникот има право да се лекува само во здравствена установа која има договор со Фондот, пациентите два месеци имаа право да не ги рефундираат средствата според ценовникот на Фондот доколку се лекуваат во приватна болница. Притоа Фондот нема никакво право на контрола на приватната болница доколку со неа нема договор. Прашањето е што ќе се случи ако јавните здравствени установи почнат да обезбедуваат и наплаќаат само натстандард, 3-4 пати над цената на Фондот, без притоа да обезбедат услуга по цена на Фондот? Според Уставот и законите, јавните и приватните здравствени установи имаат еднакви права и должности.

Од овие причини Лекарската комора на Република Македонија укажа на одредени круцијални проблеми во овој сегмент на здравствената заштита и понуди соодветно стручно мислење и соработка со надлежните институции при решавањето на овие проблеми. Во тие рамки беа предложени следните мерки и чекори:<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup><http://lkm.org.mk/mk/zapis.asp?id=215>



- стандардизација и акредитација на болничката и терцијарната здравствена заштита, пред сè, во доменот на обезбедување на одредени здравствени услуги;
- стандардизација и акредитација на биохемиските, микробиолошките, хематолошките и патохистолошките лаборатории во рамките на болничката и терцијарната здравствена заштита;
- стандардизација на медицинската документација на целата држава;
- софтверско вмрежување на болничката и терцијарната здравствена заштита;
- регионализација на болничката и терцијарната здравствена заштита според медицинската мапа на Република Македонија;
- доопремување со кадри и опрема според објективните потреби, што во одредени региони ќе значи и рационализација на кадарот, опремата и болничките постели кои во овој момент се неискористени;
- трансфер на едуцирани кадри (визитинг-доктори периодично во одредени регионални болници);
- точно прецизирани и дефинирани критериуми за влегување на приватен капитал во болничката и терцијарната здравствена заштита (јавно приватно партнерство);
- стандардизација на програмите за медицински студии, акредитација на образовните институции (новооформените медицински факултети во Штип и Тетово);
- подобар трансфер на знаења и вештини (оформување на еден вид медицинска академија);
- воведување дополнително здравствено осигурување

Лекарите, пред сè, оние од терцијарното здравство и нивните специјалистички и супспецијалистички здруженија треба да се ангажираат и да докажат дека создавањето долгови и обврски во врвното здравство не мора да значи „крадење и богатење“ туку напротив, може да значи квалитетно здравство.

Да се гледа само финасискиот исход, без притоа да нè интересира „производот“ е погубно за секој продукт, посебно ако тоа е човечкото здравје. За поздравување е што добар дел од долговите на болниците се расчистија во 2008 година, но поради намалените приходи во ФЗО и неисполнување на финансирање на програмите кои се финансираат од Буџетот, во 2009 и посебно во 2010 година, долговите рапидно растат.<sup>64</sup>

## **2.4. Стратешки развојни правци, приоритети и мерки на здравствениот систем**

Стратешките развојни правци и приоритети е потребно да осигурат развојот на здравствениот систем да се остварува постапно и континуирано, со прифаќање на предлозите и мерките од субјектите кои спроведуваат одреден дел од здравствената заштита. Исто така, треба да се избегнат радикални реформи со кои тешко може да се предвидат непосакуваните резултати, а кои можат да предизвикаат поголеми проблеми од оние кои се настојувало да се решат со реформскиот зафат.

Спротивно на тоа, инкременталниот развој, односно чекор по чекор дозволува трајно следење на резултатите на спроведените активности и нивно натамошно приспособување и модифицирање во согласност со остварените резултати и новите околности.<sup>65</sup>

### **2.4.1. Развој на информатичко и е-здравство**

Институциите на здравствениот систем кои се одговорни за спроведување и менаџирање на здравствените политики, како и унапредување на здравствениот систем во Република Македонија, во последните години интензивно работат на воспоставување на информатички системи во здравствениот систем. Со донесувањето на низа закони поврзани во врска со регулацијата на

<sup>64</sup> <http://lkm.org.mk/mk/zapis.asp?id=215>

<sup>65</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.66

информатичките системи, како и стратегиите за развој на здравствените информатички системи, Република Македонија активно беше вклучена кон модернизирање, економизирање и ефективно и ефикасно спроведување на здравствените информатички системи во пракса.<sup>66</sup>

Во Република Македонија здравствените информатички системи беа развиени во три генерации.

Првата генерација беше насочена кон административните и сметководствените работи како што се платни списоци, залихи во магацин, сметководствени и административни податоци, евиденции од различен тип и друго и беа структурирани како низа од посебни процедури, високо специјализирани со ограничен капацитет за размена на податоци.

Втората генерација го прошири опсегот преку поддршка на извесен сет на активности, а се однесуваше на прием на пациенти и дијагностички податоци и услуги поврзани со пациентот. Во тие рамки беше воведен концептот на интеграција помеѓу процедурите, со цел подобрување на ефикасноста на организацијата на поединечните делови, преку подобро искористување на интегралната информатичка историја која постои во здравствената организација.

Третата генерација има цел финализирање и развој на интегративните процеси воведени од претходната генерација. Главно, се фокусира на потребите на пациентот и на професионалните аспекти, со цел градење хомоген и конзистентен сет на заеднички информации за целата организација чија цел е еволуција од изолирана поддршка на поединечни оддели кон оптимизација на циклусот на активности поврзани со негата на пациентот.<sup>67</sup>

Најопшто прифатена дефиниција за е-здравството е дефиницијата на Ејсенбах:

„Е-здравството претставува наука која е во подем и која во својата основа ги вклучува медицинската информатика, јавното здравство и бизнисот насочувајќи се на здравствените услуги и информации доставени и подобрени преку интернет

<sup>66</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.66

<sup>67</sup> Проект за управување со здравствениот сектор, Стратегија за развој на Македонски интегриран здравствен информатички систем, Министерство за здравство на РМ

и сродните технологии. Во поширока смисла на зборот, терминот се карактеризира не само со технолошки и технички развој туку и со состојба на умот, начин на размислување, однесување, глобално делување со цел да се подобри здравството на локално и регионално ниво со користење на информатичките и комуникациските технологии“.

Медицинската информатика, пак, претставува научна дисциплина која се занимава со теоријата и праксата на информатичките процеси во медицината, при што под информатички процеси се подразбира вклучување, пренос, чување и конверзија на податоците односно обработка на податоци во најширока смисла на зборот.

Здравствените информатички системи, пак, СЗО ги дефинира како „систем кој е дел од општиот систем и подразбира механизам за собирање, обработка, анализа и прием на информации потребни за организација и спроведување на здравствена заштита.

Од ова може да се заклучи дека е-здравството претставува поширок поим од медицинската информатика која пак е поширок поим од здравствените информатички системи.

#### ***2.4.2. Зајакнување и подобра искористеност на човечките ресурси во здравствениот систем***

Со цел да се зајакне функционирањето на здравствениот систем не е потребно само зголемување на бројот на здравствени професионалци туку, исто така, се неопходни активности за зајакнување на нивната регрутација, дистрибуција, одржливост и продуктивност.

Министерството за здравство е потребно да подготви долгорочна проекција на потребите од здравствен кадар, врз база на повеќе идни индикатори, при што треба да се земат предвид бројот на вработени, возрасната структура и профилот на кадарот, територијалната дистрибуција, миграцијата, како и потребите од специјалистички и супспецијалистички кадар.

Стратегиите постојат за создавање на повремени и сигурни статистички податоци за професионална здравствена работна сила, како и за развој на капацитетите за собирање, менаџирање, анализа и нивна дисеминација. Земајќи ја предвид разликата на потенцијалните извори на информации, за мониторинг и проценка на човечките ресурси во здравството потребна е добра соработка помеѓу министерството за здравство и другите сектори кои имаат сигурни извори на информации, угледна и централна статистичка институција, министерството за образование, министерството за труд, професионални законски и лиценцирани тела, здруженија на приватни обезбедувачи и индивидуални капацитети на здравствена заштита и институции за здравствена обука.<sup>68</sup>

Територијалната дистрибуција на кадарот треба да биде спроведена преку утврдување на финансиска или друг вид стимулација со цел да се обезбеди рамномерна дистрибуција на здравствениот кадар во сите делови на државата.

Сите здравствени работници треба да имаат можност за вертикална и хоризонтална мобилност, односно за остварување повисоки нивоа на образование што поволно ќе влијае не само на нивните компетенции туку и на атрактивноста на здравствената струка. При вертикалната мобилност треба да се создадат можности за напредување во струката, како и преземање на задачи во согласност со оствареното повисоко ниво на образование, што може да биде поврзано со организациските промени.

Во услови на недостиг, односно дефицит на здравствени работници, како и постојани промени во здравствените потреби на населението, потребно е да се зголеми хоризонталната мобилност на здравствените работници, односно да се овозможи нивно полесно преминување од едно на друго работно место во рамките на организацијата или во рамките на мрежа на организации.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup>Human Resources For Health, World Health Organization, October 2008, p.12

<sup>69</sup>World Health Assembly, Workers'health: global plan of action. WHA60.26.2007

### **2.4.3. Подобрување на управувачките капацитети во здравствениот систем**

Подобрувањето на управувањето на здравствениот систем многу пати се потпира врз експертски анализи на расположливи извори и експертска процена. Кога се говори за индикаторите на управување, треба да се напомене дека тие треба да бидат надополнети со други извори на податоци, како што се прегледи на здравствените установи, преглед на јавните трошоци или, пак, проценка на клиентите. Во однос на управувањето на здравствениот систем се препорачуваат шест специфични извори на податоци и тоа:<sup>70</sup>

- Административни податоци во кои спаѓаат законски документи, национални здравствени стратегии, буџетски документи, регулативи и директиви кои се поврзани со менаџментот, организацијата и финансирањето на здравствениот сектор. Сите овие податоци претставуваат главни извори за индикаторите на управување кои се засновани на законски правила.
- Прегледи за здравствените капацитети преку кои се мери расположливоста на услугите, менаџментот на добрата и услугите, расположливоста на човечки ресурси и придржување кон стандардите и протоколите за лекување.
- Податоци за национално финансирање кои ја покажуваат способноста на здравствениот систем за ефективно мобилизирање и алоцирање на ресурсите, спроведување на финансискиот ризик и шемите за осигурување, како и рамномерна распределба на финансиската оптовареност на здравствената заштита.
- Прегледи за следење на јавните трошоци кои претставуваат студии кои го следат одливот на јавните фондови од централната влада до другите единици кои се наоѓаат на пониско ниво. Преку нив се мониторира

---

<sup>70</sup>Health Systems Governance, World Health Organization, June 2008, p. 3

нивото на алокација на ресурси во централниот буџет и го достигнуваат секое поднационално ниво.

- Прегледи на јавни трошоци со кои се овозможува целосна анализа на трошоците и резултатите на целиот сектор. Тие се значајна алатка за здравствениот сектор, затоа што овозможуваат информации за обезбеденост со јавно приватната комбинација од добра и услуги, за приоритети во јавното трошење, врската помеѓу инпутите и аутпутите, како и за институционално уредување на целиот сектор.
- Прегледи засновани на популацијата преку кои може да се обезбедат информации за полесно управување кои се поврзани со пристапот до услуги, трошоците на домаќинствата поврзани со здравјето, квалитетот на здравствените услуги, како и целосната одговорност на системот на здравствената заштита за потребите на корисниците.

#### ***2.4.4. Реорганизација на структурата и работењето во здравствениот систем***

Во рамките на реорганизацијата на здравствениот систем, потребно е прво да се реорганизира специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита која ќе биде достапна и ќе одговори на потребите на граѓаните од целата држава. Општите болници треба да обезбедуваат стандардизиран вид здравствени услуги од секундарно ниво со цел да се регулира упатувањето и да се намали притисокот на терцијарното ниво на здравствена заштита. Општите болници и понатаму ќе имаат четири основни специјалности и тоа: интерна медицина, хирургија, гинекологија со акушерство и педијатрија, со можност за згрижување на одреден број акутни психијатриски пациенти.

Во тие рамки е потребно да се направи анализа на болничките капацитети и да се спроведе реорганизација согласно со препораките за вкупен број болници кои се потребни, потребниот број на постели, концентрацијата на високо технолошки услуги и опрема во одделни болници, како и за други специјалности

надвор од овие четири специјалности. Во согласност со препораките, потребно е да се дефинира видот на услугите кои ќе се обезбедуваат на секундарно и терцијарно ниво. Капиталните инвестиции во јавните и приватните болници и воведувањето на нови технологии треба да се вршат само врз основа на претходно одобрение од страна на Министерството за здравство.

Битно за реорганизацијата на здравствениот систем е тоа што во иднина ќе се развиваат нови форми на институционална заштита, како, на пример, домови за нега на хронични пациенти врзани за постела или во терминална фаза, за кои домашната нега не претставува соодветна варијанта. Развивањето на овој вид заштита ќе се врши со искористување на деловите од болниците кои повеќе нема да бидат потребни согласно со препораките од спроведената реорганизација на болничките установи.

Дополнително треба да се изврши географска дистрибуција на постојните тимови за превентивна здравствена заштита, да се стандардизира видот и обемот на услугите во превентивната здравствена заштита кои ќе ги обезбедуваат приватните организации, како и финансирањето на овие услуги. Во наредниот период во Македонија не постои потреба од приватизирање на постојните јавни болници затоа што ќе биде зајакнато управувањето на болниците преку зголемување на автономијата и одговорноста на раководниот тим. Управувањето и раководењето ќе го вршат компетентни кадри, менаџери кои ќе треба да имаат поминато соодветна обука.<sup>71</sup>

#### ***2.4.5. Поттикнување на квалитет во здравствената заштита***

Здравствениот систем е неопходно да обезбеди правичен пристап до сите основни здравствени услуги и целни превентивни мерки за целото население. Тоа ќе се постигне преку целосен опфат на населението со основниот пакет на здравствени услуги во рамките на задолжителното здравствено осигурување и преку избран лекар и сестра кои ќе ја следат здравствената состојба.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup>Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.76

<sup>72</sup>Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008,str.203



Во рамките на поттикнување на квалитетна здравствена заштита е потребно да се зајакне соработката на тимовите кои даваат примарна здравствена заштита со семејството и училиштето во работната средина со тоа што треба да се воспостават и да се развијат мерки за превенција и унапредување на здравјето. Дополнително треба да се зајакне функционалната поврзаност на примарната здравствена заштита со повисоките нивоа на здравствена заштита со цел подобрување на квалитетот и создавање на интегриран здравствен систем. Користењето на услугите во секундарната и терцијарната здравствена заштита е неопходно да се врши само со упат од избраниот лекар, односно овој вид здравствена заштита ќе го користат само оние пациенти на кои лекарот во примарната здравствена заштита не може да им обезбеди соодветна здравствена заштита. Терцијарната заштита треба да се обезбедува само за оние пациенти кои не можат соодветно да се лекуваат на секундарно ниво при што универзитетскиот клинички центар е неопходно да укажува на секундарната здравствена заштита во обем кој е неопходен за образовната дејност за потребите на медицинскиот факултет.<sup>73</sup>

Клиничките насоки и протоколи претставуваат еден од клучните инструменти во унапредувањето на квалитетот на здравствената заштита. Станува збор за упати или препораки за превенција, дијагноза и лечење на специфични состојби и болести кои мора да бидат изработени на основа на најдобрите постојни докази, во согласност со експерти од одредено подрачје. Клиничките смерници треба да се развиваат на сите нивоа на здравствената заштита – примарна, секундарна и терцијарна, а меѓу нив треба да се пронајдат и стандардни оперативни постапки за лекарските услуги.

Следењето на примената на клиничките смерници, алгоритми и протоколи е составен дел од акредитацијата, другиот клучен инструмент за унапредување на квалитетот на здравствената заштита и сигурноста на пациентите.

Договарањето и плаќањето според квалитет е потребно да се базираат на мерливи показатели и квалитет, за што е потребно да се дефинираат и следат

---

<sup>73</sup> Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 – сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем, Министерство за здравство, Скопје, 2007 година, стр.51

клучните показатели на квалитетот и да се воспостави организациска и информатичка инфраструктура која ќе ги поддржи тие процеси. Исто така, потребно е да се воспостави законска рамка и модел на следење на здравствените работници со кој би се наградувале квалитетните работници.

Сигурната и висококвалитетна здравствена заштита треба да биде приоритет на сите делови од здравствениот систем, како и на поединците кои ја спроведуваат здравствената заштита. Сите вработени во здравствениот систем во своето работење треба да бидат поттикнати активно да бараат можности и подрачја за подобрување на квалитетот, односно намалување на можностите од несакани случувања кои можат да бидат ризични за пациентите.<sup>74</sup>

Процесот на процена на здравствените технологии е неопходно да се зајакне со цел да се добијат непристрасни, стручни, објективни и транспарентни препораки за оправданоста на примената на новите технологии или, пак, замена на досегашните здравствени технологии, при што непосредни корисници можат да бидат министерството за здравство или управата на здравствените установи. Конечно, проценката на здравствените технологии има за цел да осигури најдобра можна здравствена заштита, земајќи ги предвид економската анализа, т.е. етичките, социјалните, правните и организациските начела.<sup>75</sup>

#### ***2.4.6. Зајакнување на превентивните активности***

Здравствениот состав е неопходно да ја зголеми својата насоченост кон превенција на болестите, за што е потребно да се зголеми учеството на превентивните програми и активности. Акцентот во превенцијата најмногу треба да се стави на најголемите здравствени проблеми, повредите, менталните нарушувања со ризичен облик на однесување, телесната неактивност и лошите навики во исхраната. Интервенцијата треба да биде насочена кон превенција и лечење на хронични болки кои се типичен и многу чест симптом кај хронично незаразните болести со многу негативно влијание на квалитетот на животот.

---

<sup>74</sup>Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.79

<sup>75</sup>World Health Organization, 1983

Посебно внимание треба да се посвети на работната активност на населението и на работните места со посебни услови на работа. Медицината како дејност од примарно ниво со своите превентивни активности мора да биде дел од мултидисциплинарен тим и да учествува во создавањето на „здроо работно место“. Превентивните активности за зачувување на здравјето на работно активното население и создавање на „здроо работно место“ битно ќе придонесе во стабилноста на финансискиот состав на државата.

Превентивните активности треба да се поттикнуваат во сите подрачја и на сите нивоа на здравствена заштита, особено таму каде што постои голем потенцијал за зајакнување на превентивната работа (превентивна здравствена заштита, патронажни служби) и каде што превентивните активности досега не биле доволно застапени. Исто така, постои потреба за подобро управување со превентивните активности и програми со цел да се подобри покриеноста на населението, како и евалуација на поединечни програми, што овозможува координација, рационално планирање, поттикнување и насочување на превентивните активности во заедницата. Информатизацијата е важна поддршка не само за управувањето и спроведувањето на превентивните програми и активности туку и за зајакнување на аналитичките капацитети во здравствениот систем. Дополнителен поттик на превентивната работа во примарната здравствена заштита треба да биде воспоставувањето на моделот на договарање на здравствената заштита базиран на мерлива вклученост во превентивната активност. Притоа потребно е превентивните активности на ниво на примарната здравствена заштита добро да се дефинираат и да се изработат алгоритми на постапувањето, т.е. да се воспостави единствен начин на евидентирање на тие активности во ординациите на општите болници.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 – сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем, Министерство за здравство, Скопје, 2007 година, стр.49

#### **2.4.7. Зајакнување на финансиската стабилност на здравствениот систем**

Буџетот на државата и делот којшто е наменет за здравството и здравствената заштита обично претставуваат јавни информации кои може да се употребат за вршење на проценка на ангажираноста на владата во делот на здравствениот систем во вкупниот износ, како и пропорцијата во однос на другите приоритети. Неопходно е да се утврди вкупното процентуално учество на здравството и здравствената заштита во целокупниот буџет. Тој треба да биде прилагоден во однос на проценката на трошоците кои се фокусирани за давање на здравствените услуги во рамките на ограничените ресурси. Неопходно е да се дефинираат платежните механизми и нивото на цените, обемот и видот на услугите. Овој процес ја претставува важноста и суштината на информациите кои се резултат на работењето според кое потребите и давањето на здравствени и медицински услуги треба да се анализираат, ревидираат, дискутираат и договараат за една буџетска година, со цел да дадат придонес во одредувањето на буџетот.<sup>77</sup>

Во голем број земји, информациите за финансиските индикатори за зајакнување на здравствениот систем и здравствените трошоци кои се канализираат преку министерството за здравство, обично се расположливи преку министерството за финансии или регионалните власти во одредени децентрализирани системи. Трошоците на национално ниво како резултат на плаќањата од трета страна може да бидат расположливи од менаџерите на фондот. Доколку третата страна е мала организација, како што се фондовите за здравствено осигурување, заснована на интересот на општеството, тогаш добивањето информации за трошоците е повеќе од сложено. Сепак, најдобар извор на податоци за здравствените трошоци се националните здравствени сметки кои се комбинирани од податоци за трошоци од сите извори и преку сите видови финансиски посредници. Сите овие податоци даваат насоки за преземање

---

<sup>77</sup>Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.83

на соодветни мерки кои ќе ја подобрат и зајакнат целокупната финансиска стабилност на здравствениот систем во целина.<sup>78</sup>

Во здравствениот систем е потребно да се воведе поголем степен на финансиска дисциплина, што може да се постигне преку подобар надзор на финансиското работење, наградување на финансиската успешност и преземање на лична одговорност за лошо финансиско работење. Финансирањето мора да биде цврсто поврзано со мерливите показатели на успешноста на работењето, што може да се постигне преку соодветни модели на договарање на здравствените услуги.

Ниту една земја на светот не е толку богата да може еднакво да вложува во сите можни подрачја и проекти во здравството. Република Македонија мора да ги вложува средствата кои се достапни на здравствениот систем според утврдените потреби со јасно дефинирани и оправдани приоритети. Тоа е особено важно во контекст на можностите за финансирање од структурните и кохезиските фондови за кои е неопходно национално кофинансирање, па според тоа и стратешко планирање и вложување.

Зајакнувањето на доброволните здравствени осигурувања ќе ја намали потребата за приватни плаќања „од џебот“ од кои еден дел се однесува и на неформалните плаќања. Потребно е корупцијата да се спречува преку примена на објективни и мерливи критериуми, зголемување на транспарентноста во работењето на здравствениот сектор и зајакнување на контролните механизми.<sup>79</sup>

#### **2.4.8. Соработка со другите ресори и општеството во целина**

Во Република Македонија практично не постои министерство кое на посреден начин е поврзано со здравјето на населението. Министерството за здравство мора да биде предводник во создавањето на консензус за здравјето како клучен предуслов на целокупното општествено живеење. Секое

---

<sup>78</sup> Milosavljević, T. (2009). *Finansiranje zdravstvenog sistema*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, стр.150

<sup>79</sup> Здравствена стратегија на Република Македонија 2020 – сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем, Министерство за здравство, Скопје, 2007 година, стр. 53

министерство треба да биде свесно за својата улога и можностите на дејствување за унапредување на здравјето и спречувањето на болести, а Министерството за здравство мора да ги поттикнува или координира таквите дејствувања во другите ресори.

Со оглед на кадровските недостатоци во составот на здравството, составот на знаење и високото образование непосредно влијаат на развојот на здравството во државата, па во тоа подрачје меѓуресорската соработка е од пресудно значење. Ресорните министерства е неопходно заеднички да дефинираат и финансиски да ги поддржат истражувачките приоритети во биомедицината и здравството, при што средствата мора да се концентрираат во приоритетните подрачја.<sup>80</sup>

Оваа соработка треба да се движи во насока на заеднички развој и промоција на здравјето и здрави начини на однесување во училиштата, поддршка на семејствата за унапредување на родителските вештини и рани интеракции, односно поттикнување и зајакнување на способностите на децата при соочување со секојдневието и совладувањето на кризни ситуации.

Неопходна е соработка на Министерството за здравство со Министерството за внатрешни работи, пред сè, во развој на програми за поддршка на семејствата, како и спроведување на националната програма за младите, која го опфаќа и подрачјето на здравствена заштита и репродуктивно здравје на младите.

Составот на здравството е поврзан со составот за социјални цели, а од соработката на овие два ресори е неопходно да произлезат програми за поддршка во заедницата за ранливите категории како што се физички и психички хронично болни луѓе и членови на нивните семејства.

Министерството за здравје треба да соработува со надлежното министерство за заштита на околината во врска со згрижување на медицинскиот отпад, со надлежното министерство за одбрана во врска со управување на кризните состојби и здравствената заштита на припадниците на вооружените сили, со надлежното министерство за земјоделство во врска со надзор на

---

<sup>80</sup>Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.84

сигурноста на храната и отпорноста на бактериите на антибиотици, со надлежното министерство за градежни работи поврзано со зголемување на енергетската сила на објектите во здравството, со надлежното министерство за просторно планирање поврзано со влијанието на урбанизмот, архитектурата и просторното уредување на здравјето на луѓето и со надлежното министерство за финансии поврзано со финансирање на составот на здравството.

Единиците на локалната самоуправа имаат важна улога и голема можност во заштитата и унапредувањето на здравјето на населението. Меѓусебната соработка и поврзување на единиците на регионалната и локалната самоуправа можат да придонесат во зајакнување на нивната способност во остварување на своите законски одредени права, обврски, задачи и цели на подрачјето на здравствената заштита. Подрачната (регионална) и локалната самоуправа треба во сопствената средина да ги препознаваат здравствените приоритети и да спроведуваат програми за поодбрување на здравјето, превенција на болести и развој на специфични здравствени капацитети во согласност со локалните потреби и можности при што клучна улога имаат советите за здравје. Единиците на локалната самоуправа може да имаат важна улога во привлекување и поттикнување на вработување на здравствени работници во руралните подрачја и другите средини каде што постои послаб интерес за работа во примарната здравствена заштита.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, Ministarstvo zdravlja Republika Hrvatska, 2012, str.86

### **3. Менаџментот и неговата улога во унапредувањето на активностите на менаџментот во здравствените организации**

#### ***3.1. Значењето на менаџментот во здравствените организации и неговата улога по соодветните нивоа***

Голем број автори на различни начини го дефинираат менаџментот. Најчесто цитирана дефиниција на поимот менаџмент е дефиницијата на американската теоретичарка на менаџмент од раните 30-ти години на минатиот век, Follet P.M., која менаџментот го дефинира како „уметност во извршување на работата со помош на луѓето“. Менаџментот, всушност, не претставува ништо друго, туку извршување на работата која бара ангажирање на одреден број луѓе независно од видот и карактерот на работата. Во тој контекст здравствениот менаџмент не претставува ништо друго, туку извршување на работата во рамките на широкиот сет на институции и организации кои припаѓаат на здравствениот сектор. Тоа значи дека менаџментот како поим има универзален карактер, со тоа што одредени индустрии, односно одредени сектори имаат одредени специфичности во начинот на водење на својата работа.<sup>82</sup>

##### ***3.1.1. Поимањето на менаџментот и неговото значење за унапредување на работењето на здравствените организации***

Улогата на стратегискиот менаџмент е преку процесот на стратегиското разгледување да осмисли стратегиска визија, да артикулира работна мисија, да обликува работна стратегија како образец на работното однесување кое би требало да резултира со остварување на работната визија и мисија. Со други зборови, преку постапката на стратегискиот менаџмент се обликува што, всушност, организацијата сака да биде (визија и мисија), т.е. начините на

---

<sup>82</sup>Follett, M.P. (1920). The new state: group organization the solution of popular government. New York: Longmans, Green & Co.



остварување на „саканата состојба“ (стратегија). Стратегискиот менаџмент со право се нарекува и стратегиско водење кој има за цел да осмисли „каде“ (визија и мисија) и „како“ (стратегија).<sup>83</sup>

Менаџерската функција на стратегиското водење на поединечни здравствени институции и посебно здравствени установи во најголема мера е артикулирана на ниво на целокупниот здравствен состав. Стратегиското одредување на поединечни институции и организации од здравствениот состав произлегува од раниот артикулиран општествено вредносен состав, така што преку самиот здравствен состав стратегиски е артикулирана улогата на секоја здравствена организација, а посебно за секоја здравствена установа. На тој начин се артикулирани организациските визии и мисии на општите болници, јавните здравствени установи или амбулантите како темелни здравствени установи.

Организирањето претставува менаџерска функција од стратешки карактер со оглед на тоа што во нејзини рамки се врши избор на организациската конфигурација во чии рамки се одвива работниот процес, па, следствено на одбраната конфигурација се гради организациска структура како еден вид алгоритам по кој се одвива организацискиот работен процес. Преку процесот на организирање се идентификуваат сите потребни ресурси за извршување на работниот процес, т.е. „внатре“ и „помеѓу“ ангажираните ресурси се обликува, дизајнира „составот на меѓусебни врски и односи“ во форма на организациска структура која би требало да осигури одвивање на работниот процес на ефикасен начин.

Специфичност на здравството како индустрија е дека т.н. професионална организација е базична конфигурација на темелните здравствени установи (амбуланти, јавни здравствени установи, болници, докторите како професионалци), која на личен начин пристапува кон обликување на нивната организациска структура.

Менаџментот на човечките ресурси, слично како и организирањето, претставува менаџерска функција од стратешко значење, со оглед на тоа што

---

<sup>83</sup>Henry Mintzberg, 1979.

преку оваа менаџерска функција се дизајнира менаџерската рамка за остварување на висок степен на задоволство, професионален развој и мотивираност на ангажираните човечки ресурси. Со оваа менаџерска функција се создаваат предуслови за организациските активности за потенцијалните талентирани вработени и човечките ресурси кои ѝ се потребни на организацијата. Оваа релативно нова менаџерска функција има посебно значење во сите професионални организации, а со самото тоа и во сите здравствени установи и институции. Определеноста кон оваа менаџерска функција значи и промовирање на т.н. „мек“ пристап кон човечките ресурси кој поаѓа од поставката дека луѓето (вработените) се најдрагоцениот организациски ресурс. Нема двоумење дека логиката на мекиот пристап кон човечките ресурси претставува камен темелник на секоја професионална организација во рамките на која професионалецот (во случајот здравствениот работник) е клучниот организациски ресурс кој менаџерски мора да биде третиран на издиференциран начин.

Оперативното водење претставува оперативна менаџерска функција која се остварува внатре во рамките на проектираната организациска структура, на начин што менаџерите во интерактивна комуникација со луѓето чија работа ја координират го насочуваат работниот процес во правец на остварување на обликуваната стратегија операционализирани во форма на различни организациски планови. Резултат на оперативното водење се конкретните работни резултати (перформанси), со чиешто остварување се создава платформа за достигнување на организациската работна визија артикулирана преку процесот на стратегискиот менаџмент, односно стратегиското водење.<sup>84</sup>

### **3.1.2. Активности на здравствениот менаџмент**

Менаџментот во здравствените установи е функција, додека јавноздравствените менаџери се професионалци кои ја практикуваат дисциплината јавноздравствен менаџмент.

---

<sup>84</sup>Learning to live with Health Economics, Edited by H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003, p.15

Здравствениот менаџмент подразбира раководење, планирање и управување во системот на здравствената заштита со почитување на принципите на научниот менаџмент во процесот на работа, човечки ресурси, користење на финансиски средства, обезбедување на јавноздравствени услуги и остварување на здравствени цели насочени кон подобрување на здравјето на индивидуата и општеството.<sup>85</sup>



Слика бр. 1 примена на менаџментот

Figure No.1 Application of management

Здравствениот менаџер е професија, додека здравствениот менаџмент е област на активности, т.е. функции. За да се разбере подобро здравствениот менаџмент, потребно е да се обрне внимание на функциите кои менаџерите ги извршуваат, а тоа се: планирање, организирање, раководење/насоки, координација и контрола. Во остварување на сите овие функции менаџерот се занимава со прашања поврзани со:<sup>86</sup>

<sup>85</sup> Milovic Liljana (2003), Organizacija zdravstvene njege sa menadzmentom, Beograd, str.31

<sup>86</sup> Williams, Chuck, "Effective management", Thomson learning, Mason, 2008, pg. 101

- физички активности, т.е. активности во сферата на комуницирањето во здравствената установа, како и со надворешните соработници;
- умствени активности, т.е. комуникации во кои менаџерите донесуваат одлуки и решенија во интерес на здравството и здравствената заштита.

Донесувањето одлуки е најзначајниот елемент на здравствениот менаџмент со кој треба да се направи избор меѓу две или повеќе алтернативи. При донесување на некоја одлука е потребно да се исцрпат сите можни совети, идеи, ставови и предлози, земајќи ги предвид потребите и интересите на одредени болници, клиники, медицински центри и други здравствени установи.

Јавното здравство има регулаторска улога во процесот на обезбедување на висококвалитетна здравствена заштита на поединците и општеството, посебно кога секоја здравствена професија треба да еволуира од аспект на нејзината ефикасност и соодветност во рамките на здравствениот систем. Менаџментот е потребно да обезбеди знаење, со цел да се открие како постојното знаење може најдобро да се искористи за да се произведат резултати. Покрај потребното знаење и вештини на менаџерите, потребно е да постои и добро развиен информациски систем кој ќе овозможи повратна информација и обезбедување на контролни податоци потребни за добар менаџмент.

Доброто управување подразбира одговорност и координација на сите владини нивоа и невладините организации, како и учество на добро информирани медиуми и силни стручни и кориснички организации. За постигнување на заеднички успех во благосостојбата и добросостојбата на поединците и општеството во целина потребна е интензивна меѓусекторска соработка, т.е. активна соработка на здравствениот сектор со економските сектори за постигнување на целите во здравството и здравствената заштита. На крај, може да се заклучи дека не постои менаџмент без институција, т.е. здравствена установа, како што и институцијата не постои без менаџмент. Менаџментот е специфичен орган во институциите, додека здравствените менаџери се скап ресурс во здравствениот сектор. Здравствениот менаџмент има за цел да работи во насока на подобрување на здравствената состојба на популацијата, а не само

економски да ја одржува јавната здравствена установа. Менаџирањето претставува процес на континуирано следење на информациите, како и нивно дисеминирање до сите заинтересирани страни.<sup>87</sup>

### **3.1.3. Улогата на менаџментот на соодветните нивоа во здравствените организации**

Кога станува збор за менаџментот во рамките на здравствените установи, тогаш станува збор за функциите на менаџментот на микроплан, додека кога се зборува за улогата на менаџментот поширокот од рамките на здравствените установи, тогаш станува збор за улога на менаџментот на макроплан. Менаџментот, генерално, се однесува на поставување и остварување на целите и задачите од секој вид здравствена организација.

Секоја земја е потребно да обезбеди ефикасно и квалитетно образование на кадри од областа на здравствениот менаџмент чии вештини и компетенции ќе одговараат на потребите за развој во здравствениот систем. Квалитетните кадри ќе дадат придонес во добро менаџирање кое претставува клуч на успехот на секој здравствен систем, а со тоа и во зголемување на ефикасноста на здравствените установи. Образованието треба да биде насочено кон создавање на стручен кадар, којшто покрај знаењето и искуството треба да биде способен да ги предвиди проблемите и да преземе мерки и активности за нивно решавање и надминување.<sup>88</sup>

Здравствениот менаџмент опфаќа широка мрежа на активности кои се однесуваат на разни области како: национални здравствени политики, јавноздравствени системи и служби за здравствена заштита, економија, прибирање на здравствени информации, заразни и незаразни болести, здравје на индивидуата и семејството, инвестирање во здравје и сл.

---

<sup>87</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str.21-22

<sup>88</sup>Predrag Mićović (2008) Zdravstveni menadžment: Menadžment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova. Beograd: Komora zdravstvenih ustanova Srbije, str.62

Според тоа, може да се наведат неколку главни приоритети кои му овозможуваат да ја има конкретната улога во:

- интензивно создавање на нови знаења и професионален развој во областа на јавното здравство преку спроведување и реализирање на соодветни истражувања и спроведување на здравствени програми;
- утврдување на потребите од подобро планирање на човечките ресурси како една од детерминантите за обезбедување на квалитетни здравствени услуги;
- потенцирање на неопходноста од соодветно финансирање на здравствениот сектор како витална функција, собирање и здружување на финансиски средства за ефикасност, финансиска одржливост и развој на здравствениот систем;
- преземање мерки за квантитет, квалитет и реалокација на ресурсите како главен фактор за зајакнување на примарната здравствена заштита.

Потребата од здравствен менаџмент претставува основен елемент за економски опстанок, како и за благосостојба на целото население.

Може да се резимира дека развојот на здравството претставува еден процес на континуирано, прогресивно подобрување на здравствениот статус на населението. Напредокот подразбира рационално искористување на расположливите ресурси во рамките на здравствениот систем, т.е. постигнување на подобра здравствена состојба како резултат на попродуктивно користење на тековните здравствени ресурси.<sup>89</sup>

### ***3.2. Менаџери во здравствените организации и нивната улога во креирањето на стратегиите во организациските субјекти***

Носители на процесот на менаџмент се менаџерите. Општоприфатена, традиционална дефиниција е дека менаџерите се луѓе кои се одговорни за работата на другите луѓе, односно луѓе кои имаат формална моќ во однос на

---

<sup>89</sup>Baros Zeljko (2008), Osnovi menadzmenta, Banjaluka, Panevropski univerzitet Apeiron, str.49

друга група луѓе чијашто работа ја координираат. Оваа дефиниција го става главниот акцент на „моќта“ која ја има менаџерот во однос на луѓето чија работа ја координира. Заедничка карактеристика на сите менаџери е дека тие при извршувањето на одредени работни активности работат со луѓето чија работа ја координираат и контролираат.

### ***3.2.1. Менаџерски нивоа и клучни активности во креирањето на стратегијата***

Менаџерите во рамките на една здравствена организација се идентификуваат преку процесот на градење на организациската структура, односно преку менаџерската функција на организирањето. Со градењето на организациската структура се проектираат работни места и организациски единици, па се доделува „моќ“ на поединечни работни места во однос на група на извршители на сите организациски нивоа и во различни делови на работниот процес. Критериумите за организациските нивоа и критериумите за работните подрачја, всушност, се и критериуми за идентификување на различни видови менаџери.

Според критериумот на организациски нивоа се разликуваат три видови менаџери во здравствените организации и тоа:<sup>90</sup>

- менаџери на прва линија (first-line managers)
- менаџери на средно ниво (middle managers)
- топ менаџери.

Менаџерите на прва линија се менаџери на прво организациско ниво, односно луѓе кои ја координираат работата на извршителите на оперативно ниво. Примери за менаџер на прва линија во здравствените организации се шеф на хирургија како организациска единица или шеф на сметководство како посебна организациска единица.

---

<sup>90</sup>Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str.75

Менаџерите на средно ниво се сите менаџери помеѓу менаџерите на прва линија и топ менаџерите. Зависно од бројот на организациски нивоа зависи и бројот на менаџери на средно ниво, во смисла колку е поголем бројот на организациски нивоа поголем толку и бројот на менаџери на средно ниво ќе биде поголем. Со проектираната организациска структура е утврден бројот на организациски нивоа и бројот на менаџери кои имаат статус на менаџери на средно ниво. Менаџерите на средно ниво обично се одговорни за работењето на поединечни делови од работниот процес, сектор, служба, одделение, зависно од начинот на кој е структуриран работниот процес во организацијата.

Топ менаџерите се менаџери кои се наоѓаат на организацискиот врв, односно менаџери кои се одговорни за работењето на целокупната организација. За разлика од менаџерите на средно ниво, тие имаат т.н. крос-секторска одговорност, односно одговорност за работењето на целата организација, т.е. на сите организациски единици. Во тој контекст, топ менаџерите претставуваат клучен ресурс за една организација.

Менаџерите на амбулантите, на јавните здравствени установи, болниците или кои било други здравствени институции се топ менаџери, односно луѓе одговорни за работењето на една здравствена установа или здравствена институција.

Според критериумот на работно подрачје, може да се зборува за различни видови менаџери, во смисла на работните подрачја во кои менаџерите ги извршуваат своите менаџерски задачи. Во случајот на здравствените институции може да се разликуваат на пример: шеф на хирургија, шеф на дерматологија, шеф на сметководство, шеф на одржување и сл. Овој критериум за идентификување на менаџерите е применлив само за менаџерите на средно ниво и менаџерите на прва линија.<sup>91</sup>

Во секоја организација при креирањето на стратегијата учествуваат менаџерите на сите нивоа на хиерархиска организација.

---

<sup>91</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str.75



Топ менаџерите или менаџерите од организацискиот врв во организацијата се задолжени за креирањето на стратегијата на целата компанија која води кон остварување на главните цели на компанијата и зголемување на ефикасноста во извршувањето на задачите. Менаџерите на средна линија или менаџерите на поодделни организациски единици во здравствените установи се задолжени за креирање на соодветна стратегија во рамките на организациската единица во која се одговорни и за тоа им одговараат на менаџерите од врвот на организацијата. Сите поединечни стратегии на одделните организациски единици водат кон остварување на главната стратегија на организацијата. Менаџерите од прва линија, или оперативните менаџери, се задолжени за креирање на секојдневни, односно тековни стратегии во насока на подобро и поефикасно извршување на тековните задачи што има за цел подобрување на целосната ефикасност на организацијата.

### ***3.2.2. Личноста на менаџерот, неговите одговорности, способности и придонеси во креирање на стратегијата***

Благодарение на влијателното истражување кое во раните 70-ти години од минатиот век го спровел Henry Mintzberg, артикулиран е општоприфатен модел за начинот на кој менаџерите на сите организациски нивоа ја извршуваат својата работа и задачите од делокругот на своето работење. Менаџерската работа во сите организации, па така и во здравствените установи и институции, може да се опише преку десет различни, меѓусебно поврзани менаџерски улоги, каде што под менаџерска улога се подразбира специфичен начин на однесување кој произлегува од самата менаџерска позиција, односно од самиот формален авторитет и статус (моќ) кој го има менаџерот во своето раководење на организацијата, без разлика дали станува збор за амбуланта, болница, јавно здравствена установа и сл.

Според критериумот на сродност се разликуваат три групи на улоги, и тоа:<sup>92</sup>

- интерперсонални улоги;
- информациски улоги;
- улога на работно одлучување.

Интерперсоналните улоги произлегуваат од формалниот авторитет и статус, односно моќта која менаџерот ја има на располагање во извршувањето на работата од својот делокруг и се однесува на сите можни интерперсонални контакти кои произлегуваат од формалниот авторитет и менаџерската позиција. Зависно од видот на интерперсоналниот контакт, се разликуваат три вида интерперсонални улоги, и тоа:

- Номинален лидер – улога која менаџерот ја остварува преку неизбежните церемонии и ритуали кои се нераскинлив дел од менаџерскиот статус.
- Лидер – интерперсонална улога која менаџерот ја остварува преку интерперсонален контакт со луѓето за чија работа е одговорен, односно чија работа ја координира и надгледува.
- Врска – интерперсонална улога која менаџерот врз основа на својот формален авторитет и статус ја остварува преку интерперсонални контакти со лица надвор од групата за чија работа е одговорен (контакт со министерство за здравство, колеги од други здравствени установи и институции) и сл.

Голем е бројот на личности кон кои е упатен менаџерот преку овој вид интерперсонални контакти, како, на пример, личности внатре во самата организација (претпоставени, колеги), менаџери на повисоки организациски нивоа, и личности надвор од организацијата (снабдувачи, претставници на други надворешни заинтересирани страни и сл).

Информациските улоги ја сочинуваат другата група улоги кои ги извршуваат менаџерите и се однесуваат на улогите во рамките на кои менаџерите се

---

<sup>92</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str. 23

насочени кон процесуирање на информации, во смисла на собирање, обработка и пренасочување на обработени и необработени информации. Во рамките на оваа група менаџерот ги има следните улоги:<sup>93</sup>

- Улога на монитор, односно менаџерот собира информации, кои според карактерот и изворот може да се распределат во неколку категории и тоа:
  - интерни операции (информации за интерниот процес на работа);
  - екстерни случувања (информации добиени од сите екстерни извори – од неформални разговори со колегите или купувачите, до читање на стручна литература);
  - анализи (најразлични видови аналитички извештаи);
  - идеи и трендови (информации врз основа на кои менаџерот развива нови идеи и ги разбира современите трендови на работење);
  - притисоци (информации кои произлегуваат од најразлични видови притисоци на кои е изложен менаџерот).

Основна одредница на информациската улога на монитор не е изворот и карактерот на информацијата, туку менаџерската позиција во која менаџерот ја прима и ја процесира информацијата.

- Улога на доставувач, односно информациска улога во рамките на која менаџерот доставува, односно проследува одредена информација внатре во групата на луѓе за чија работа е одговорен, т.е. на своите подредени. Основна одредница на оваа менаџерска улога е позицијата на менаџерот како доставувач на информацијата и подредените како приматели на информацијата.
- Улога на гласноговорник е информациска улога во рамките на која менаџерот, слично како и кај претходната улога, се појавува како доставувач на информацијата. Разликата е во тоа што информацијата во овој случај е адресирана до субјекти надвор од групата луѓе за чија

---

<sup>93</sup>Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008,str.77

работа е одговорен менаџерот (клиенти, снабдувачи, министерство, јавното мислење и сл.)

Улогата на работно одлучување ја сочинува суштината на менаџерската работа, па според овој концепт се разликуваат следните видови улоги на работно одлучување:<sup>94</sup>

- Улога на претприемач во рамките на која менаџерите се појавуваат како иницијатори на промени, најчесто врз основа на информациите добиени со посредство на улогата на монитор (препознавање на надворешни „можности“ и „закани“, иницирање на нови идеи итн).
- Улога на коректор на управувањето во рамките на која менаџерот реагира на сите видови нарушувања кои се појавуваат како резултат на притисоците кои се надвор од менаџерската контрола – од расправи и помеѓу вработени до забелешки од страна на клиенти или снабдувачи.
- Улога на алокатор на ресурси во рамките на која менаџерот се појавува како централен субјект кој одлучува кои ресурси ќе бидат ангажирани и како расположливите ресурси ќе бидат распоредени и меѓусебно поврзани.
- Улога на преговарач, со назнака дека менаџерите, посебно топ менаџерите, значаен дел од времето го поминуваат во преговори со различни партнери: министерства, снабдувачи, синдикати и сите останати заинтересирани страни. Вештината на преговарањето претставува една од најценетите менаџерски вештини.

Менаџерите при извршувањето на една, најчесто извршуваат и некоја друга менаџерска улога. Со други зборови кажано, дадените менаџерски улоги се меѓусебно неразделни, во смисла, на пример, здравствениот топ менаџер при преговарање со ресорното министерство за здравство (улога на преговарач) истовремено остварува интерперсонални контакти (улога на врска) и разменува информации (улога на монитор и гласноговорник). Зависно од тоа што е предмет на преговарање, како резултат на преговорите може да се донесат најразлични

---

<sup>94</sup>Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, стр.81

одлуки: преземање на некоја нова иницијатива за унапредување на квалитетот на здравствената услуга, реалокација на одредени ресурси поврзани за начинот на извршување на работниот процес итн. Исто така, извесно е дека менаџерите на различните организациски нивоа и во различни подрачја на работење на поединечни улоги им посветуваат поголемо или помало внимание, во смисла дека топ менаџерите поминуваат многу повеќе време во улогата на номинален лидер отколку менаџерите на прва линија, или пак менаџерот на хирургија поминува повеќе време во донесување на одлуки отколку менаџерот на прва линија итн.<sup>95</sup>

Особините на личноста битно го одредуваат односот кон работата. Во социолошката наука, личноста е производ на општествените односи во одредена заедница и субјект на општествениот живот кој ги има усвоено нормите и вредностите, што овозможува учество во колективната интеракција.

Според Олпорт, личноста е динамичка организација на оние психофизички системи во самата индивидуа, системи кои го одредуваат карактеристичното однесување и карактеристичниот начин на мислење. Според Никола Рот, пак, личноста е единствена организација на особини која се формира со заемно дејствување на поединците и социјалната средина и така го одредува општиот, за поединецот карактеристичен, начин на однесување. Значи, секоја личност ја карактеризираат релативно трајни особини кои меѓусебно се поврзани и зависни, па така прават единствена организација или структура.<sup>96</sup>

Како пет најважни лични карактеристики на менаџерот можат да се наведат следните:

- *Екстравертност* – позитивно чувство за себе и за светот – менаџери со висока екстравертност се дружељубиви и пријателски расположени.
- *Негативна ефективност* – емоционална растроеност и неспособност за соочување со стресни ситуации. Невротичните луѓе се под тензија, уплашени, несигурни, љубоморни, емотивно нестабилни, непријателски расположени и лесно се навредуваат.

---

<sup>95</sup>Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 710

<sup>96</sup> N. Rot, Nacionalna vezanost i vrednosti kod srednjoskolske omladine, Institut drustvenih nauka, Beograd, 1973, str. 158

- *Сложување* – луѓе со кои полесно се наоѓа заеднички јазик и со кои лесно може да се сложите и кои се грижат за другите.
- *Свест* – да се имаат скрупули, да се биде самодисциплиниран, да се биде исполнителен до детали, да се размисли мудро пред да се дејствува, да се чувствува потреба за самопотврдување.
- *Отвореност за нови искуства* – да се биде оригинален, да се сака да се проба нешто ново, да се има широко интересирање за многу нешта.

Во следната табела се претставени најкарактеристичните особености на менаџерите во однос на позитивната и негативната страна во нивното управување, т.е. менаџирање.

**Табела бр. 1: Задолжителни позитивни и негативни особини кај современиот менаџер<sup>97</sup>**

**Table No.1: Compulsory positive and negative features of the contemporary manager**

Позитивни особини		Негативни особини	
Самокритичност	Репрезентативност	Површност	Технократизам
Демократичност	Сензибилност	Командување	Заткулисност
Респектабилност	Консултативност	Туторство	Прекорливост
Инвентивност	Стручност	Бироократизам	Додворливост
Флексибилност	Усовершеност	Контраиницијативност	Недоверливост
Толерантност	Отвореност	Самоволност	Подмолност
Воздржливост	Критичност	Прагматизам	Превртливост
Трпеливост	Достоинственост	Кариеризам	Бесчувствителност

<sup>97</sup> Извор: Т. Гоцевски, *Образовен Менаџмент, Македонска ризница, Куманово, 2008*

Во литературата се наведуваат голем број особини кои се особено значајни и кои го карактеризираат успешниот менаџер:

- *Вреден и работлив*, што би значело дека неговата работа треба да биде пример за сите членови на организацијата.
- *Интелигентен*, што значи дека треба да ги поседува оние интелектуални способности кои ќе му овозможат брзо да учи и брзо да се прилагодува на промените.
- *Чесен и праведен*, зашто така најлесно ќе стекне авторитет кај своите соработници.
- *Енергичен и амбициозен*, за да може да истрае кога ќе најде на тешкотии и одлучен да ги оствари своите поставени цели.
- *Креативен и отворен* за нови идеи.
- *Флексибилен*, за брзо и на вистински начин да се прилагоди на новонастанати околности.
- *Оптимист*, со позитивен став и позитивна енергија и кон другите луѓе и кон животот, воопшто.
- *Цврста и стабилна личност*, да помогне бројните проблеми да се совладаат, да верува во себе и во другите луѓе.
- *Комуникативен*, бидејќи комуникацијата често се поставува како еден од одлучувачките фактори за успешен менаџер.<sup>98</sup>

Сите овие особини се неразделни делови на лидерската изграденост и со тоа ја прават лидерската компетентност поголема.

### **3.2.3. Одговорности на менаџерите кон заинтересираните страни за подигнување на угледот на организацијата**

Менаџерите во секоја здравствена организација имаат одредени обврски и одговорност кон неколку заинтересирани страни. Тоа се, всушност, група луѓе кои влијаат или се под влијание на одлуките и однесувањето на организацијата. Кога

---

<sup>98</sup>Т. Гоцевски, Образовен менаџмент, Македонска ризница, Куманово, 2008, стр. 183

станува збор за работењето на здравствените организации, битни се три интересни групи: пациентите, вработените и основачите. Одговорноста на менаџерите кон заинтересираните групи зависи од дејноста која ја извршува организацијата, како и од позицијата на која се наоѓа менаџерот во рамките на организациската структура.<sup>99</sup>

Обврска на менаџерите кон вработените претставува создавањето на основни предуслови за извршување на работата. Од менаџерите зависи дали вработените ќе бидат ефикасни и ефективни, што е потребно за секој менаџер затоа што тој зависи од постигнувањата и резултатите на своите вработени. Менаџерите мора да ги прифатат вработените како главен ресурс во здравствената организација и мораат да ги почитуваат вработените како личности со своја индивидуалност, свои интереси, потреби и ставови. Исто така, имаат обврска да го задржат квалитетниот персонал и да им овозможат усовршување на знаењата, квалификациите и способностите на вработените.

Главната обврска кон основачите е да ги исполнат нивните барања, а едно од најважните барата е профитабилноста. Основачите вложуваат големи износи на финансиски средства и очекуваат менаџерите да ги вратат, зголемени со одреден процент на профит. Поради тоа, обврска на менаџерите е ефикасно и ефективно распределување и користење на ресурсите кои ги имаат на располагање.<sup>100</sup>

Една од најважните одговорности на менаџерите претставува одговорноста кон пациентите. Тие имаат обврска да ги задоволат нивните интереси, барања и очекувања. Кога менаџерите се трудат да ги задоволат барањата на пациентите, од аспект на квантитет и квалитет на услугите, добра организираност, услужливост, цена на услугата, начинот на плаќање, тогаш корисниците на здравствените услуги се задоволни, менаџерот е успешен, а организацијата има поголеми можности подобро да се позиционира на пазарот на услуги.

---

<sup>99</sup> Стандарди за управување со човечки ресурси, Министерство за информатичко општество и администрација, 2014 год., стр.129

<sup>100</sup> Mihajlović, B., & Kostić, N. (2005). *Menadžment u zdravstvu*. Beograd, str.23



Менаџерите секогаш треба да имаат предвид дека пациентите се единствена причина поради која работи организацијата, па затоа треба секогаш навреме да им излегуваат во пресрет на нивните потреби и очекувања. Тоа значи дека менаџерите треба да ги мотивираат своите вработени да ја прифатат обврската за задоволување на барањата на пациентите.

#### ***3.2.4. Управување со кариерата на менаџерот и неговата изграденост***

Кариерата на менаџерите претставува постигнување на напредок во текот на животот и ги вклучува активностите, задачите и постапките кои поединецот ги презема, како и позициите што ги зазема. Во текот на работењето на една позиција, поединецот ги проширува своите знаења, вештини и способности, со што ги задоволува своите способности кои ќе му овозможат напредување и заземање на повисока позиција.

Менаџерската позиција значи и откажување и жртвување, бара многу време и посветеност. Дополнително, претставува одговорна позиција која подразбира: донесување на одлуки во временски период, способност да се сносат последиците од погрешни одлуки, способност за решавање на комплексни и проблематични ситуации, напорни, долги состаноци и сл. Но, тоа е посакувана позиција која е полна со предизвици и возбудувања, стекнување моќ, ширење на кругот на познаници и соработници, добра заработка, стекнување на нови знаења и др.<sup>101</sup>

Постојат два аспекти во управувањето со кариерата и тоа:<sup>102</sup>

- Од аспект на поединецот – се врши преку: самопроценување, испитување на околностите, донесување на одлука, планирање на активности, нивна реализација и др. Поединецот треба прво да ги знае сопствените потенцијали за да може да управува со развојот на својата

---

<sup>101</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str. 28-29

<sup>102</sup> Исто, стр.31

кариера. Потоа треба да ги испита околностите, односно да ги согледа потенцијалните можности, шанси, проблеми и недостатоци кои се поврзани со напредувањето во организацијата или надвор од неа, да донесе одлуки, т.е. определување на местото каде што поединецот се гледа, да врши планирање на активности, односно што треба да се направи, кои дополнителни квалификации и знаења односно обуки треба да се завршат и ќе овозможат да биде релевантен за менаџерската позиција и, на крајот, реализирање на планираното, односно да се спроведе она што било планирано.

- Управување од аспект на здравствената организација – организацијата е должна да ги увиди потребите, да ги испланира менаџерските позиции за идниот период, да изврши соодветна проценка за индивидуалниот развој на менаџерските кариери и согласно со тоа, да го искористи сопствениот менаџерски кадар преку соодветна обука. Организацијата го врши управувањето на кариерата преку: анализа на функциите кои тековно се извршуваат во организацијата, анализа на структурата на менаџментот, предвидување на профилот на менаџерски кадар кој е потребен за управување со новите функции и дефинирање на програми за обука на менаџерите. На тој начин се пополнуваат потребните позиции и се покриваат новите функции со сопствените менаџерски ресурси.

При постоење на неможност за обука на постојните менаџери, се ангажираат нови.<sup>103</sup>

Трајните вредности се однесуваат на принципи или стандарди на однесување и расудување кои ѝ помагаат на индивидуата да определи што е добро и правилно, а што е лошо и погрешно при донесувањето одлуки.<sup>104</sup>

Професорот Фалмер се обидел да ги издвои посебно својствата што го поттикнуваат однесувањето на менаџерот преку следниве карактеристики:

<sup>103</sup> Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str. 29

<sup>104</sup> N. Rot, Nacionalna vezanost i vrednosti kod srednjoskolske omladine, Institut drustvenih nauka, Beograd, 1973, стр. 187

1) *Мудроста*. Интелегенцијата претставува основната потреба за морален живот.

2) *Храброста*. Ние му восхитуваме на оној што знае во што да верува и кој е решен да се залага за остварување на своите цели.

3) *Умереноста*. Екстремните размислувања оставаат нешто што е пожелно. Ова може да се најде и во политиката, кога е зависта во прашање, или амбицијата, егоизмот, но и за јадењето и пиењето како секојдневен ритуал којшто го практикуваме.

4) *Справедливоста*. Чесноста е она што постојано се издигнува на пиедестал, почитта кон правата на другите и извршувањето на обврските и ништо не предизвикува повеќе бес отколку несправедливоста.

5) *Совеста*. Некои совеста ја опишуваат како интуиција за тоа што треба или што не треба да се стори. Други совеста ја сметаат како глас на Бога, во самите нас. А, пак, некои чувствуваат дека тоа е чувство развиено кај секој поединец врз основа на стекнатото искуство.<sup>105</sup>

Секој менаџер мора да се раководи врз моралните вредности и добро да разликува што е правилно, а што е неправилно во работењето. Во менаџментот е неопходно правилно да се проценува и јасно да се преферираат етичките погледи и принципите. Менаџерот е оној кој ќе мора да се јавува како поттикнувач на совеста, да се јавува како пример со своето етичко однесување и да служи како советник и резонатор на етичките постапки. Етичкото однесување обично упатува на однесување кое ги потврдува општоприфатените општествени норми.<sup>106</sup>

### **3.3. Планирање во здравствените организации за остварување на визијата**

Планирањето е една од функциите на менаџментот која претставува свесна и разумна дејност на човекот насочена кон постигнување на однапред поставени цели. Пред започнување на каква било активност во секоја организација се

<sup>105</sup>Т. Мицевски, Менаџмент на човечки ресурси, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип, 2009, стр. 146

<sup>106</sup>Т. Мицевски, Менаџмент на човечки ресурси, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип, 2009, стр. 147.

поставува одредена цел, која треба да биде остварена во одреден временски период. Според одредена група автори планирањето претставува ментална, односно интелектуална активност како процес на размислување, т.е. предвидување на визијата која се базира врз факти и искуство потребно за умствена акција. Друга група автори го разгледуваат планирањето како процес на одлучување, односно процес со кој се донесува одлука кои цели да се одредат за иден временски период и што е потребно да се направи за постигнување на тие цели.<sup>107</sup>

Гледано од аспект на тоа дека менаџерите се носителите на одлучувањето во организациите, планирањето претставува менаџерски процес на антиципативно одлучување што да се направи, кога да се направи, кој да го направи и како да го направи.

Преку процесот на планирање во здравствените организации се обезбедуваат релевантни информации за идниот тек на работењето со цел одредена активност да се одвива на рационален начин.

Од аспект на содржината, пак, планирањето започнува со поставување на цели и согледување на факторите кои влијаат врз нивно остварување. Потоа следува процес на анализа на алтернативни политики, формулирање стратегии, донесување програми и планови во насока на остварување на визијата на организацијата на ефикасен и ефективен начин.

Процесот на планирање во здравствените организации ја има главната улога за растот и развојот на самата организација. Менаџерите преку планирањето ја започнуваат својата активност, односно ги поставуваат целите кои е потребно да се остварат и донесуваат одлуки за политиката, стратегијата, програмите и плановите кои се во насока на остварување на целите.<sup>108</sup>

Планирањето е функција која ги условува насоките на дејствување на менаџерите во останатите сфери од нивните активности, односно без формулирани цели и соодветни насоки за нивно постигнување менаџментот нема

---

<sup>107</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

<sup>108</sup> Исто, стр. 83

никаква смисла, т.е. не функционира. Улогата на планирањето може да се согледа преку неговата насоченост кон иднината, т.е. со оваа функција се премостува јазот помеѓу сегашната и идната состојба во организацијата. Преку него менаџерите ја предвидуваат иднината и креативно ги насочуваат вкупните активности по одреден пат кој се смета за најрационален во дадени околности.

Постојат поголем број предности кои планирањето ги има во организациите, а тоа се:

- им обезбедува на менаџерите во здравствените организации однапред да размислуваат;
- води кон подобра координација на напорите;
- овозможува равивање на стандарди кои служат како основа за контролирање на извршувањето;
- создава силно чувство на одговорност и сл.

Битно е да се напомене дека планирањето претставува средство, а не цел. Доколку не се следат плановите кои се однапред поставени или пак не се земаат предвид потребите или специфичните ситуации, тогаш организацијата нема да биде флексибилна, а самото тоа води кон неефикасно работење.<sup>109</sup>

### **3.3.1. Цел и ефекти на планирањето**

Главна задача на секој менаџер во една организација претставува обезбедување успешно извршување на активностите за коишто е одговорен. При самиот процес на планирање, менаџерите размислуваат, предвидуваат, прогнозираат, односно прават планови и буџети и најдобро што можат ги предвидуваат идните случувања. Целта на планирањето е овозможување на оптимално користење на ресурсите, околностите и сè она што влијае врз успехот на организацијата. Самите планови е потребно да бидат ефикасно подготвени и изнесени, да овозможуваат единство во наредбите и управувањето, да

---

<sup>109</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str. 49

овозможуваат јасна дефинираност на одговорностите и прецизно донесување одлуки.

Процесот на планирање резултира со голем број ефекти во организациите, од кои како позначајни може да се наведат следните:<sup>110</sup>

- координирање на трудот со кој се дефинираат сите правила на однесување при извршување на плановите;
- подготовка за промени поради тоа што планирањето е основен начин за неутрализирање на ризикот кој доаѓа од окружувањето на организацијата;
- поставување на стандардите на достигнувања и резултатите кои се очекуваат со што се остваруваат претпоставките на следење за извршување на планот;
- развој на менаџерите преку еден структуриран процес на изградба на компетенција.

Преку процесот на планирање во здравствените организации се координираат и се дефинираат правилата на однесување на сите оние кои се инволвирани во реализацијата на целите на организацијата. Исто така, преку планирањето се намалуваат ризиците, однапред се подготвуваат одлуки, а во исклучителни ситуации, се антиципираат различните ризици кои можат да го загрозат реализирањето на планот, пред да дојде до одредени проблеми.<sup>111</sup>

### **3.3.2. Чекори на процесот на планирање**

Планирањето претставува процес којшто се одвива во низа последователни постапки. Чекорите по кои се одвива процесот на планирање различно се дефинирани од страна на различни автори, но како општо прифатени

---

<sup>110</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

<sup>111</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str.83

се сметаат оние кои се прецизирани од страна на Koontz и Weihrich, кои процесот го делат на:<sup>112</sup>

- Анализа на окружувањето – опфаќа анализа на екстерното, односно надворешното окружување во кое спаѓаат анализа на конкуренцијата, пазарот, потребите на корисниците, платежната моќ и сл., додека, пак, анализата на внатрешното окружување се однесува на анализа на предностите на организацијата, како, на пример, стручниот кадар, добра локација, нудење на квалитетни услуги и анализа на слабостите во организацијата.
- Поставување на цели на ниво на целата организација, како и на ниво на поединечните организациски единици.
- Согледување на плански претпоставки, т.е. предвидување на промените во факторите на окружувањето.
- Одредување на алтернативите кои овозможуваат остварување на дефинираните цели и нивно вреднување од повеќе аспекти: во однос на поставените цели, во однос на времето, во однос на трошоците и сл.
- Избор на најдобра алтернатива која дава најдобри можности за остварување на целите со најниски трошоци и со најголем ефект и профит.

По избирањето на најпогодната алтернатива се пристапува кон изработка на планот којшто се поткрепува со изработка на дополнителни планови со кои се поддржува основниот план, како и изработка на буџет за поддршка на основниот и изведените планови, преку прецизирање на односот меѓу вложувањата и приходите, т.е. трошоците и профитот. Врз таа основа се пристапува и кон изработка на буџети за поединечните организациски делови во организацијата.

---

<sup>112</sup> Mihajlović, B., & Kostić, N. (2005). *Menadžment u zdravstvu*. Beograd, str.26

### **3.3.3. Цели и видови цели во здравствените организации**

Целите го имаат примарното место и значење во работењето на секоја организација. Истовремено, го претставуваат и крајниот резултат кој треба да се оствари од работењето на организацијата. За да се разберат целите, потребно е да се знаат мисијата и визијата на организацијата. Мисијата ја објаснува причината, намерата за постоењето на конкретна организација, т.е. што претставува таа за заедницата, додека визијата подразбира насока на делување на организацијата на долг рок. Овие два поими меѓусебно се разликуваат по содржината и својата суштина, меѓутоа имаат заеднички точки со целите на организацијата. Секоја организација има одредени цели кои ќе се постигнат преку активностите кои се преземаат. Активностите кои се избрани за остварување на целите се разликуваат од една до друга организација. Тие може да се менуваат како што се менува околината на организацијата, нејзината сила и големина и сл. Целите на организацијата имаат двојна функција: екстерна и интерна.<sup>113</sup>

Екстерната функција се изразува преку: изразување на целта за постоење на организацијата и нејзината врска со околината, идентификување на долгорочен правец на работење, оправданост за постоење на организацијата, додека интерната функција се изразува преку усвојување на концепција која овозможува мотивирање на вработените и постигнување на високи резултати, дефинирање на стандарди и критериуми на вреднување и контрола на успехот на работењето.

Целите се дефинираат како идна посакувана состојба кон којашто треба да се насочат сите организациски и индивидуални активности, а ги претставуваат резултатите кои сака да ги оствари организацијата.

Во зависност од аспектот од кој се разгледуваат, целите може да се поделат на организациски и индивидуални цели. Првата група цели се формално изразени состојби кои ѝ даваат можност на организацијата да ја изврши својата мисија, т.е. причината и намената за која е формирана. Истите се однесуваат на подинечни области од работењето, како, на пример, организациска ефикасност,

---

<sup>113</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str. 52



профитабилност, продуктивност и сл. Втората група цели се, всушност, целите на вработените, како, на пример, остварување повисока плата, стручно профилирање, напредување во кариерата и сл.

Во зависност од временската димензија целите може да се класифицираат како краткорочни – кои се однесуваат за период до една година, среднорочни – кои се однесуваат за период од една до пет години и долгорочни цели кои се однесуваат на период подолг од пет години.

Исто така, постои и поделба на целите на стратешки, тактички и оперативни цели што е во зависност од нивото на менаџментот во организацијата. Стратешките цели најчесто се однесуваат на она што организацијата треба да го постигне во целина и најчесто се определени од страна на врвните менаџери. Тактичките цели се поконкретни и се однесуваат на целите на организациските единици со кои треба да бидат постигнати стратешките цели. Тие се формулирани од страна на средниот менаџмент. Оперативните цели се уште подетални од тактичките и се однесуваат, пред сè, на целите кои треба да се постигнат од страна на помалите организациски делови или, пак, од работните тимови и поединците. Тие се определени од страна на оперативните, односно линиските менаџери.

Поделбата на целите на економски и социјални е направена во зависност од карактерот на целите, па така економските цели може да се дефинираат како солвентност, профитабилност, структура на капитал, прилив на средства и сл, додека пак социјалните цели се поврзани со задоволството од работењето, работната способност, индивидуалниот развој и кариера итн.<sup>114</sup>

#### ***3.3.4. План и видови планови во здравствените организации***

Планот претставува детален опис на задачите и методите кои ќе бидат применети за остварување на целите, односно детален опис на активностите кои ќе го дадат резултатот со очекуваните достигнувања. Во плановите е одредено кој

---

<sup>114</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

треба да ја преземе активноста, кога, каде и како, ќе се остварува активноста. Со планот целите на организациите се трансформираат во задачи, кои претставуваат основа за преземање на акции и контрола на постигнатите резултати. Постојат три фази при изработката на секој план и тоа:<sup>115</sup>

- подготвителна фаза во која најголемо учество имаат менаџерите, каде што се идентификува потребата и целта на планот и се одредува кои информации се потребни за изработка на планот, како и одредување на лицата одговорни за изработка на планот;
- фаза на изработка на планот во која се ангажираат стручни лица, стручни соработници и консултанти;
- фаза на усвојување на планот, кога истиот се прифаќа од страна на повисоките менаџерски нивоа или од страна на органите на управување во рамките на организацијата.

Планот се состои од пет компоненти:

- посакувани крајни цели;
- активности со чија помош ќе се остварат целите;
- ресурсите од кои зависи остварувањето на планот;
- начин на спроведување на планот;
- начин на контрола и евалуација.

Како примарна поделба на плановите се смета поделбата на стратешки и оперативни планови. Стратешките планови се разликуваат по ширината на организациските делови на кои се однесуваат или по функциските подрачја, па според тоа се разликуваат генерални планови, план на маркетинг, план на производство, план на услуги и сл. Оперативните планови може да се разграничат на еднократни и трајни планови. Еднократните планови се детализирани описи на активностите кои се насочени кон специфичните цели и престануваат да важат по постигнувањето на целта. Трајните планови постојат како стандардизирани постапки на управување со репетитивните ситуации.<sup>116</sup>

---

<sup>115</sup> Шуклев Б., Дракулевски Љ: (1993) „Менаџмент лексикон“, Скопје, стр. 60.

<sup>116</sup> Н. Koontz: “Management”, Ninth Edition, McGraw - Hill Book Company, N. Y., 1988, p. 16 - 18.

За здравствените организации, и здравствениот систем, воопшто, битно е донесувањето на контингенциски планови кои се однесуваат на состојби кои може да се случат и за коишто треба да се биде подготвен (епидемии, пандемии, катастрофи, елементарни непогоди и сл.).

Планови може да се изработуваат и за поединечни деловни функции, во различни здравствени организации. На пример, во една аптека која врши набавка и продажба на лекови и медицинска опрема, потребно е да се подготви план за продажба кој треба да содржи: име на производот, единица мерка, планирана количина на продажба на домашен и странски пазар, динамика на планирана продажба, планирана продажна цена, планирани услови на продажба, потребни мерки за реализација на планираната продажба итн.

Во една болница може да има потреба од подготовка на план за стручните лица, т.е. медицинските работници и соработници. Планот за кадрите би опфатил: пресметка на вкупно потребното работно време за реализација на давање на услугата, утврдување на потребниот стручен кадар по структура, утврдување на дефицитарни или суфицитарни кадри по структура и динамика на реализација на потребните кадри, утврдување начин и ангажирање на соодвените кадри, начин на едукација и стручно усовршување на кадрите и сл.

Долгорочните и среднорочните планови обично имаат карактер на стратешки планови, додека краткорочните се сметаат за оперативни планови. Битно е да се напомене дека плановите се донесуваат на различни нивоа во организацијата, т.е. постојат повеќе нивоа на планирање и тоа: надзорен одбор, топ менаџмент, среден менаџмент и оперативен менаџмент.<sup>117</sup>

### **3.3.5. Постапка на планирање во здравството**

Процесот на планирање во здравството се врши со цел спречување на негативните околности во иднина, како и заради обезбедување на оптимален развој на заедницата. Со цел постигнување на саканите ефекти, планирањето е

---

<sup>117</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str. 54

неопходно да вклучи оценка на сегашната состојба, оценка на можностите и оценка на потребите и ситуациите во иднина. Во системот на здравството може да се планира здравствената заштита, односно содржината и мерките на здравствена заштита кои се потребни за одредено население и здравствената служба, т.е. кадрите, средствата, објектите и опремата.

Во 1970 година, од страна на Светската здравствена организација (СЗО) беше опишана постапката на планирање во здравството:<sup>118</sup>

- оценка на здравствените потреби на населението;
- анализа на материјалните можности и развој на општеството;
- избор на обликот и степенот на солидарност во задоволувањето на здравствените потреби;
- избор на начини и постапки за донесување одлуки;
- усогласување на вертикалната структура на здравствениот сектор (примарно, секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита);
- усогласување на хоризонталната структура (специјалности, дисциплини).

Здравствените потреби може да се утврдат на повеќе начини, т.е. од повеќе извори, и тоа:

- преку пазарот на побарувачка, анализа на листа на чекање за одредени медицински барања;
- преку здравствено-статистичкиот систем, евиденцијата и извештаите за извршени здравствени услуги;
- преку здравствената анкета на репрезентативен примерок на населението.

Материјалните можности за задоволување на здравствените потреби најмногу зависат од општите економски прилики, мерено преку бруто-домашен производ или национален доход по глава на жител.

---

<sup>118</sup> WHO (1975), Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries, Geneva, p.13

Во однос на времето, здравственото планирање може да се одвива во циклуси кои траат пократко или подолго, па според тоа има краткорочно (2-3 години), среднорочно (4-5 години) и долгорочно планирање (10-15 години).

Во зависност од местото на планирање, во системот на здравствената заштита се разликуваат централизирани и децентрализирани планови. Колку планирањето е на пониско ниво, толку е подетално прилагодено на локалните услови.

Планирањето во здравството може да биде насочено кон целта која треба, или се сака, да се постигне. Поради тоа е потребно јасно поставување на целите проследени со дефинирани здравствени индикатори. Целите се поставуваат врз база на измерена здравствена состојба на населението во претходниот период, или врз основа на постигнатите резултати во соседните земји.

Евалуацијата претставува составен дел на планирањето, односно во фазата на спроведување на здравствената заштита се врши евалуација во тек на спроведувањето. Евалуацијата претставува утврдување на резултатите постигнати со одредени активности во реализација на однапред одредените цели. Успешна евалуација значи: прецизно формулирани цели, соодветно избрани индикатори, стручен кадар за евалуација, воспоставен и развиен здравствено-статистички систем за прибирање и обработка на податоци, обезбедени материјални и работни услови за собирање, обработка и анализа на податоците, подготвеност на целокупната здравствена служба да се искористат резултатите од евалуацијата како повратна информација и сл.<sup>119</sup>

### ***3.4. Организирање на здравствените организации со фокус на адаптирање на структурата при извршување на стратегијата***

Во рамките на здравствената дејност функцијата на организирање, главно, се однесува на успешно завршување на менаџерските задачи низ структурата, делегирањето и комуницирањето. Организирањето, главно, е фокусирано на

---

<sup>119</sup> WHO (1975), Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries, Geneva, p.14

врската помеѓу задачите и активностите во насока на постигнување на организациските цели и објаснување на линијата на авторитет во здравствената организација. Самата функција на организирање во организациите претставува процес на:<sup>120</sup>

- идентификување и класификација на активностите кои е потребно да се преземат;
- групирање на работите потребни за постигнување на целите;
- дефинирање и доделување на овластувања, авторитет и одговорност;
- координирање на активностите меѓу поединците во организациската структура.

#### ***3.4.1. Организирањето и неговото значење за здравствениот систем***

Функцијата на организирање во менаџментот ја воспоставува интерната организациска структура на сите видови организации (бизнис организации, здравствени организации). Главниот акцент на организирањето е ставен врз поделбата на работата, координацијата, контролата на задачите и протокот на информации во рамките на организацијата. Тоа вклучува и ангажирање и распределба на потребните ресурси за спроведување на планот, создавање на структура на организацијата, воспоставување на соодветни односи во насока на постигнување на целите на организацијата.

Во поглед на здравствените организации организирањето е многу важна менаџерска функција, поради тоа што овозможува проценка на ресурсите заради нивна соодветна алокација и дистрибуција. Со ефективно и ефикасно организирање здравствените организации можат ефективно да ги планираат и спроведуваат активностите за здравствена заштита, а во исто време да го менаџираат и стручниот кадар.

---

<sup>120</sup>WHO (1975), Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries, Geneva, p.15

Поголемите здравствени организации можат да создадат финансиски стимулации за лекарите со цел подобрување на квалитетот на здравствената заштита. Во рамките на организирани системи, лекарите и другите здравствени работници и соработници во здравствената заштита е потребно да имаат лесен пристап до своите колеги за формални и неформални консултации, како и за размена на знаењето. Еден организиран систем има потенцијал ефикасно да ги алоцира ресурсите за оптимална здравствена грижа за пациентот. Така, организираниот здравствен систем треба да обезбеди поголема соодветност на пристапот до здравствената заштита низ целокупниот континуитет на здравствените услуги.

Самиот процес на организирање во здравствените организации се одвива во пет чекори (фази) и тоа:<sup>121</sup>

- усогласување со плановите и целите;
- утврдување на главни задачи;
- поделба на главните задачи на подинечни активности;
- алокација на ресурсите и нивно ангажирање за поединечните активности;
- вреднување на резултатите од организирањето.

Може да се резимира дека организирањето претставува битна функција на менаџментот во здравствените организации што овозможува правилна алокација и дистрибуција на расположливите ресурси. Правилното организирање на целокупните активности во здравствените установи води кон подобрување на комуникацијата помеѓу сите организациски единици во организацијата, како и зголемување на ефикасноста во работењето.

---

<sup>121</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

### **3.4.2. Организациска структура**

Организациската структура претставува систем на голем број испреплетени односи, формално пропишани и неформално развиени помеѓу извршителите на активностите во една здравствена организација. Организациската структура означува воспоставена поделба на трудот, компонирање и поврзување на работните места и нивните задачи, почнувајќи од функциите кои се вршат во рамките на организацијата, преку службите, секторите и одделенијата, па сè до поединечните работни места.

Во секоја организација постојат два вида организациска структура, и тоа формална и неформална. Формалната структура јасно ги одредува: авторитетот, должностите, моќта и одговорноста на секој поединец во рамките на организацијата. Дополнително со неа се одредени задачите на вработените, како и начинот на нивната меѓусебна комуникација. Неформалната организациска структура ја сочинуваат здружените лични активности кои придонесуваат за постигнување на заеднички резултати. Преку неа се изразуваат активностите кои не се формално планирани меѓу вработените на организацијата. Тоа се, всушност, односите кои произлегуваат од нивното меѓусебно комуницирање, како резултат на заедничките верувања, ставови, навики и сл.<sup>122</sup>

Организациската структура трпи одредени промени предизвикани од промените на факторите кои ја условуваат. Тоа се однесува на промените од интерното и екстерното окружување, под чие влијание се менуваат целите на организацијата. Главни иницијатори и спроведувачи на промените се менаџерите. Врвните менаџери покренуваат иницијатива за промени, средните ја поддржуваат и спроведуваат, додека линиските менаџери ги спроведуваат одлуките и непосредно ги воочуваат ефектите од извршените промени. Процесот на промени започнува преку согледувањето на проблемот што постои, потоа во следната фаза се идентификуваат релевантните информации кои треба да се обезбедат и да се анализираат со цел добивање на јасна слика каде и зошто се појавуваат

---

<sup>122</sup> Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, Центар за истражување и креирање политики, Скопје, стр.13



проблемите. Во наредната фаза се избира стратегија за извршување на промените која го дефинира начинот на кој ќе се спроведе промената во организацијата, а ги прецизира и активностите кои е потребно да се преземат со цел реализирање на промената.<sup>123</sup> По изборот на стратегијата менаџерите имаат задача да ги утврдат носителите на активностите и на крајот се врши оценка на ефектите каде што се вреднуваат постигнатите резултати со настанатата промена во организацијата.

### **3.4.3. Организациски дизајн**

Одлуките кои се донесуваат за природата на работните позиции во рамките на организацијата се нарекуваат „одлуки за дизајнирање на работни позиции“.

Процесот на организирање на ниво на здравствена организација вклучува одлучување за најдобар начин на организирање на одделенијата, или, пак, за групирање на работните позиции внатре во одделенијата, со цел ефективно координирање на напорите на вработените. Постојат повеќе начини на организирање на одделенијата и секторите во една здравствена организација која дава здравствени услуги, вклучувајќи организирање според функцијата, клиентот и целта.

Според функцијата, здравствената организација ги одредува организациските единици врз основа на заедничките менаџерски функции. Организацијата според клиентот се однесува на формирање на организациски единици кои ќе даваат услуги на специфични групи население. Последниот пристап е организирање според целта, каде што сите активности се структурирани според заедничката причина или целта за нивно постоење.

Организирањето на ниво на работни позиции вклучува како најдобро да се дизајнираат индивидуалните работни позиции со цел најефективно да се искористат човечките ресурси. Од неодамна, голем број организации се

---

<sup>123</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str. 22

обидуваат да направат рамнотежа помеѓу потребата за специјализација на вработениот и потребата работната позиција да нуди и различност, но и автономност. Голем број работни позиции кои се дизајнираат во последно време се базираат на овие принципи, со што се збогатува работата и се фаворизира тимската работа во организациите.<sup>124</sup>

#### **3.4.4. Принципи на организирање на здравствениот систем**

Како главни принципи на организирање во здравствените организации може да се наведат следните:<sup>125</sup>

- Моќ – способност на поединецот да поттикне или да влијае врз верувањето или дејствувањето на други поединци или групи.
- Овластување – легитимна моќ на поединецот да влијае на другите врз основа на своите стручни способности или титулата. Менаџерот има овластување, односно формално право да наредува и да бара акција од другите. Исто така има легитимно право да одлучува, да поставува задачи на вработените и да бара задачите да бидат добро извршени. Овластувањето има можност за вклучување на правото за вршење на алокација на ресурсите заради постигнување на посакуваните резултати на организацијата.
- Одговорност – обврска која ја има поединецот во организацијата за извршување на одредена задача или активност. Сите вработени во здравствените организации имаат одговорност, и менаџерите и останатите вработени.
- Делегирање – пренос на овластувањата од едно на друго лице за извршување на одредена активност, како и одговорноста дали таа активност ќе биде извршена.

---

<sup>124</sup> <http://www.navigatecorp.com/the-importance-of-organizational-design-in-healthcare-2/>

<sup>125</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

Современите организации настојуваат да го охрабрат делегирањето од повисоките кон пониските нивоа. Менаџерите кои пренесуваат одредени овластувања потребно е да бидат подготвени да им овозможат на подредените одредена слобода во изборот на начините и методите со кои ќе ги извршат делегираните задачи.<sup>126</sup>

### ***3.5. Координирање на здравствениот систем***

Координирањето претставува своевиден процес на свесно интегрирање на активностите на поединечните организациски единици на организацијата поради ефикасно постигнување на организациските цели. Дополнително претставува комплементарна активност на поделбата на работата и специјализацијата. Преку координирањето се обезбедува и спроведува квалитетна соработка помеѓу организациските делови како единствен начин на нивно поврзување во заедничката дејност. Без постоење на координација вработените во здравствената организација не можат да ја согледаат улогата и придонесот на сопствената активност за организацијата.

#### ***3.5.1. Потребата од координирање во здравствениот систем***

Потребата од координирање постои во секоја здравствена организација со цел полесно постигнување на поставените цели на што поефикасен начин. Тоа овозможува меѓусебно интегрирање и синхронизирање на поединечните активности во организацијата во единствена целина. Со цел успешно работење на здравствената организација менаџерите е потребно да воспостават три насоки на координирање и тоа:<sup>127</sup>

- координирање на поединците во рамки на секоја организациска единица;
- координирање на организациските единици во организацијата;

---

<sup>126</sup> Стратегија за развој на Македонски интегриран здравствен информатички систем, Министерство за здравство на Република Македонија, Скопје, стр. 6

<sup>127</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

- координација на организацијата со други организации со кои остварува деловни врски врз база на постигнување на заеднички интереси.

Преку процесот на координација се максимизира успехот бидејќи:

- вработените во една организациска единица работат во хармонија со вработените од другите организациски единици;
- вработените во секоја организациска единица ја знаат својата улога и значењето во насока на остварување на организациските цели;
- деловните планови на организациските единици континуирано се усогласуваат со условите.

Во случај кога менаџерите не ги координираат активностите, доколку недоволно и несоодветно ја вршат функцијата на координирање, тоа може да резултира во хаотични услови на работа и неуспешно работење на здравствената организација.

### **3.5.2. Определувачки фактори и принципи на координирањето**

Обемот на координација во здравствените организации зависи од два вида фактори и тоа:<sup>128</sup>

- природата на задачите кои се извршуваат;
- степенот на меѓусебната зависност на извршителите на тие задачи.

Во случај кога природата на задачите е таква што наметнува потреба од поинтензивно комуницирање помеѓу организациските единици во процесот на извршување на задачите, тогаш степенот на координација треба да биде многу висок. Степенот на координација е во правопрпорционален однос со степенот на меѓузависност на организациските единици каде што задачите се извршуваат. Поради тоа менаџерите е потребно да ја утврдат меѓузависноста на организациските единици, која може да биде „нулта“, последователна, реципрочна и тотална меѓузависност.

---

<sup>128</sup>Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003 стр 127

Целиот процес на координирање во здравствените организации се темели на 4 основни принципи кои придонесуваат за негово успешно одвивање:

- Координацијата се остварува многу полесно преку лична комуникација и со директно контактирање на одговорните луѓе.
- Координацијата е потребно да биде предмет на размислување уште на почеток.
- Координацијата треба да поаѓа од важноста на човечкиот фактор и комуникацискиот процес.
- Координацијата е континуиран процес.

### ***3.5.3. Видови и методи на координирање***

Координирањето на активностите во рамките на здравствените организации се одвива на различни начини. Зависно од степенот на стандардизација на активностите и променливоста на состојбата во која работи организацијата, координирањето може да се одвива преку координирање со план и координирање со повратна врска. Првиот вид се користи за активности кои се рутински, повторливи и стандардизирани, а се одвиваат во стабилна ситуација која е лесно предвидлива. Координирањето, пак, со повратна врска претставува синхронизирање на активностите кои не се стандардизирани, а ситуацијата е променлива и тешко предвидлива.

Зависно од насоките во организациската структура координирањето може да биде хоризонтално, вертикално и дијагонално.

Хоризонталното координирање е поврзано со оперативната контрола во организацијата и се врши како начин на усогласување на активностите меѓу луѓето и организациските единици на исто организациско ниво. Вертикалното координирање е поврзано со менаџерската контрола и постои кога синхронизацијата се врши меѓу различни нивоа на организациската структура, преку делегирање на овластувањата. Дијагоналното координирање се остварува меѓу менаџерите од различни функции и менаџерите од различни одделенија.

Во рамките на здравствените организации постојат повеќе методи кои менаџерите можат да ги користат при координирањето, и тоа: неформална или доброволна координација, која се јавува врз основа на нивна доброволна соработка и усогласување на сопствените акции и формална или насочена координација каде што синхронизацијата меѓу вработените во една организациска единица и меѓу организациските единици ја врши менаџерот со примена на авторитет.<sup>129</sup>

### ***3.6. Управување со човечки ресурси со фокус на развивање на организациска култура при имплементирање и извршување на стратегијата***

#### ***3.6.1. Привлекување на човечките ресурси (планирање, анализа, регрутирање и селекција)***

Човечките ресурси имаат главно место во секој здравствен систем. Витален елемент на здравственото планирање претставува обука на кадри и изградба на објекти, економска поддршка на системот, негов менаџмент и стратегија, методи на исплата на здравствените работници и организација на услугите.<sup>130</sup>

Планирањето на кадрите е да се задоволат потребите за кадри врз база на анализа која вклучува:

1. интерни фактори (слободни места, неопходни вештини, развој или редукција на одделенија итн);
2. надворешни фактори, како, на пример, пазарот на кадри и сл.

Планирањето на кадрите обично се врши за период од 6 месеци до 5 години и најчесто вклучува 4 фази, и тоа:<sup>131</sup>

---

<sup>129</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003, стр 128

<sup>130</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003, стр. 129

<sup>131</sup> Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str.299

- планирање на потребите за во иднина;
- планирање на балансот во иднина (колку луѓе се очекува да останат во организацијата);
- планирање, регрутирање и селекција;
- планирање за развој (усовршување).

Регрутирањето на кадрите најчесто започнува со листа на потенцијални кандидати кои ѝ се потребни на организацијата врз база на однапред подготвен план. Оваа листа се подготвува врз основа на: бирото за вработување, предлози на колегите или со директни контакти. Селекцијата најчесто вклучува проценка на вредностите на кандидатите и нивниот избор. За оваа фаза се користат прашалници, интервјуа, тестови, препораки, дополнителни информации итн.

### ***3.6.2. Развивање на човечките ресурси (обука, развој, процена на перформансите)***

Усовршувањето и развојот на кадрите се неопходни за успешно работење и функционирање на здравствените организации. Во тие рамки се организираат различни облици на стручно усовршување или во рамките на самата здравствена организација или надвор од неа (различни курсеви, семинари, конференции итн). Програмите за развој на кадрите најчесто се подготвуваат со цел кадрите да можат да се унапредат или да добијат поширок поглед на областа во којашто работат.

Целта на обуката треба да биде подобрување на вештините и знаењето, но многу често и да се развие капацитетот на менаџерот и здравствените работници за индивидуално или организациско подобрување.<sup>132</sup>

---

<sup>132</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str.29

### **3.6.3. Одржување на човечките ресурси (наградување, работни односи, мотивација, комуникација, однесување, развивање на меѓучовечки односи)**

Колку што е поголем бројот на мотивирани здравствени работници толку е поголемо нивното вклучување во извршувањето на задачите кои им се доверени, што е посебно значајно за квалитетно исполнување на целите. Раководната функција на здравствениот менаџер вклучува мотивирање на вработените на тој начин што предизвикот е да се максимизира извршената работа на долг рок преку систем на наградување кој води до сатисфакција. Од аспект на раководењето, мотивацијата значи дека здравствените работници ќе бидат целосно посветени на своите знаења, вештини и способности во извршувањето на обврските. Од научен аспект, мотивацијата претставува внатрешен импулс кој може да предизвика едно лице да реагира на извесен начин. Најважна задача на добриот менаџмент претставува мотивирањето на другите. Тоа се состои, пред сè, во способност за комуницирање, давање примери, создавање предизвици, охрабрување, добивање повратни информации, вклучување на другите во работата, делегирање, развој на соработници и нивна обука, известување и праведно наградување.<sup>133</sup>

Мотивацијата претставува алатка на лидерот преку која создава дополнителна здравствена корист, ја подобрува работната атмосфера и придонесува за квалитетни здравствени услуги.<sup>134</sup>

### **3.6.4. Развивање на организациска култура како фактор за имплементирање и извршување на стратегијата**

Организациите со голема потреба за интеграција обично експериментираат со неформални интегративни механизми, како, на пример, менаџерска мрежа на комуникација поддржана со организациска култура изразена преку тимско работење и соработка меѓу секторите во рамките на организацијата.

<sup>133</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

<sup>134</sup> Прирачник за менаџмент и лидерство во здравството, Република Македонија, Министерство за здравство.



Менаџерскиот систем кој ги вреднува тимската организација и меѓусекторската соработка го претставува системот на неформалните контакти меѓу менаџерите во рамките на една здравствена организација. За системот да функционира ефективно и ефикасно, во мрежата на комуникации мора да бидат вклучени што е можно повеќе менаџери. Организациите многу често ги користат своите компјутерски и телекомуникациски мрежи за обезбедување на физичка основа за употреба неформалниот систем на мрежна комуникација.<sup>135</sup>

### ***3.6.5. Развивање на лидерство и лидерски активности како фактор за имплементирање и извршување на стратегијата***

Лидерството се манифестира преку способноста на едно лице без принуда да влијае на вработените со цел тие да можат на најдобар начин да придонесат за остварување на целите и стратегијата на здравствената организација. Дополнително треба да се земе предвид дека секој менаџер не поседува лидерски способности, како и дека секој лидер не мора да биде добар менаџер. Со оглед на денешните состојби во здравството и здравствената заштита, најдобро би било првиот човек на здравствената установа да поседува и менаџерски и лидерски способности. Секој успешен лидер е потребно да биде подготвен да дејствува во многу посложени услови, да биде проактивен и визионер. Тоа може да бара обезбедување на епидемиолошки увид во улогите и одговорностите на работа. Подобрувањето на здравствените услуги ќе зависи од тоа колку лидерот се вклопува во тековните услови на работење, кои се детерминирани од здравствената состојба на населението. Од степенот, пристапот и посветеноста во разрешувањето на здравствените проблеми, ќе

---

<sup>135</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

зависи начинот на функционирање на здравствената организација, а тоа ќе претставува показател за успешноста на лидерот со менаџерски способности.<sup>136</sup>

Лидер во здравството е личност која во континуитет е посветена кон создавање услови за подобри и поквалитетни здравствени услуги, а истовремено да остварува и што е можно повисока стапка на рационалност, економичност и профитабилност.<sup>137</sup>

### **3.6.6. Одлучувањето како фактор за имплементирање и извршувањето на стратегијата**

Работењето на менаџерите во рамките на здравствените организации се базира врз донесување и реализација на одлуки во насока на извршување на стратегијата на организацијата. Тие одлучуваат и кога планираат и кога организираат, координираат, мотивираат и контролираат. Одлучувањето е основниот инструмент преку кој се регулира функционирањето на организацијата. Преку него менаџерите го избираат правиот пат на дејствување со цел најдобро решавање на проблемот со кој се соочени или најдобро користење на приликата, т.е. можноста која им е понудена во дадено време и дадени околности.<sup>138</sup>

Одлуките претставуваат избор направен од повеќе расположливи алтернативи. Има голем број фактори кои го условуваат донесувањето на одлуките, од кои временската димензија и меѓучовечките односи во организацијата имаат примарно значење. Менаџерите, при одлучувањето е неопходно да ги согледаат реперкусиите на сопствените одлуки врз одлуките на другите.<sup>139</sup>

---

<sup>136</sup> Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str.20

<sup>137</sup> Љубомир Дракулевски, Лидерство – основа за ефективен стратегиски менаџмент – Скопје: Економски факултет, 1999, стр. 101

<sup>138</sup> Новото јавно здравство, Теодор Х. Тулчински, Елена А. Варавикова, (2003), „Новото јавно здравство“, НИП „Студентски збор“, Скопје, 2003

<sup>139</sup> Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str.36

### **3.6.7. Контролирањето како фактор за имплементирање и извршувањето на стратегијата**

Контролирањето претставува процес на мерење на резултатите кои се постигнуваат во рамките на здравствените организации, нивно споредување со плановите или со некој друг претходно поставен стандард, дијагностицирање на причините за отстапувањата на резултатите и преземање на корективни акции кога тоа е потребно.

Дополнително, контролирањето претставува систематски напор на „поставување на стандарди конзистентни со планираните цели, создавање на информативен feedback систем, споредување на извршувањето со определените стандарди, одредување дали постојат девијации, мерење на нивното значење и преземање активности за најефективно и најефикасно искористување на расположливите ресурси заради остварување на целите на здравствената организација“.<sup>140</sup>

Во насока на извршување и имплементирање на стратегијата на организацијата, неопходно е да постои ефективно контролирање коешто бара постоење на планови затоа што планирањето ги обезбедува целите и потребните стандарди за извршување. Контролирањето подразбира јасно разбирање каде лежи одговорноста за отстапувањето од стандардите. Во тие рамки менаџерите се должни да ги контролираат оперативните процеси, процедурите за давање на услугите, усогласеноста со политиките на организацијата и голем број други активности во рамките на здравствената организација.<sup>141</sup>

---

<sup>140</sup>Micovic Predrag, Zdravstveni menadzment: menadzment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, Beograd, 2008, str. 300

<sup>141</sup>Prirucnik za menadjere – Unutrasnji system poboljsanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama I akreditacija, radna grupa, EU/WHO, str.38

## **4. Емпириско истражување**

### ***Предмет на истражување***

Предмет на истражувањето во магистерскиот труд, главно, претставуваат здравствените организации во Република Македонија и нивното управување.

Предметот ги опфаќа и менаџерите како личности кои се задолжени за раководењето со здравствената организација, како и целокупните човечки ресурси опфатени во рамките на една здравствена организација.

### ***Цел на истражување***

Цел на самото истражување е да се согледаат состојбите со креирање соодветна стратегија на менаџментот во рамките на здравствените организации со цел нивно успешно раководење и стекнување на конкурентска предност во однос на другите организации.

### ***Методи, техники и мерни инструменти***

За да се реализираат поставените цели на ова истражување, потребно беше да се применат соодветни методи, техники и инструменти кои ми овозможиле прибирање, средување, обработка и анализа на податоците, со што дојдов до релевантни податоци за истражуваното прашање, како и можност за проверка на поставените хипотези.

Во рамките на ова истражување најнапред се направи дескрипција (*опис, анализа и генерализација*) на значењето на менаџерите во одлучувањето со човечките ресурси во здравствената организација. Менаџерот секојдневно управува со конкретни состојби, давајќи им посебен акцент на одлучувањата поврзани со човечки ресурси – луѓето кои работат таму и кои индивидуално и колективно придонесуваат за остварување на организациските цели.

Во рамките на истражувањето се користени методот на индукција и методот на дедукција. Дедуктивниот метод овозможува да се откријат составните елементи на појавата којашто се истражува, додека, пак, индуктивниот метод овозможува донесување на одлуки за целината, бидејќи се земаат предвид нејзините составни делови.

Доста значаен метод кој е користен во рамките на истражувањето претставува методот на анкетен прашалник којшто однапред беше пополнет од страна на соодветни лица вработени во здравствените организации.

Преку сумирање на резултатите коишто се табеларно и графички прикажани е извршена квантитативна анализа.

По извршената квантитативна анализа, се спроведе и квалитативна анализа, односно се изврши докажување на несоодветството на добиените истражувачки резултати со генералната хипотеза на магистерскиот труд.

### ***Хипотетичка рамка***

#### ***Главна хипотеза***

***Креирањето на соодветна стратегија на менаџментот на здравствените организации ќе овозможи нивно успешно работење, мотивираност кај вработените и задоволство кај пациентите, а со тоа и стекнување на конкурентска предност.***

#### ***Поединечни хипотези:***

- Ако здравствените установи имаат соодветни раководни кадри во целокупното работење, тогаш нивната состојба ќе се подобри.
- Ако здравствените установи континуирано ги следат трендовите на развој во здравствените системи во развиените земји, тогаш здравствениот систем во државата ќе напредува во позитивен правец.
- Ако здравствените установи имплементираат иновации во работењето, тогаш можностите за креирање на успешна стратегија на менаџментот се поголеми.

## Резултати и дискусија

Истражувањето беше спроведено во повеќе здравствени установи во Република Македонија. За целите на истражувањето беа изготвени два анкетни прашалници согласно со хипотетската рамка на истражувањето, при што првиот прашалник кој се состои од 4 прашања беше наменет за две групи испитаници и тоа: вработени во здравствените установи и пациенти во здравствените установи. За овој прашалник беа вклучени одговорите на 50 вработени и 50 пациенти во здравствените установи.

Вториот анкетен прашалник беше наменет за две групи испитаници, и тоа: менаџери во здравствените установи и вработени во здравствените установи.

Резултатите добиени од анкетните прашалници се обработени и сумирани и потоа се претставени табеларно и графички. При разработувањето и презентирањето на прашањата се користи  $\chi^2$ -тестот и коефициентот на контингенција, со цел да се утврди поврзаноста помеѓу варијаблите, кои се од интерес на ова истражување.

***Chi квадрат тестот ( $\chi^2$ -тест)*** е еден од најпрактичните и најпознати непараметарски тестови што се базира на контингенција. Се употребува во случаи кога податоците што се добиени од емпириското истражување се изразени во фреквенции или кога можат да се сведат на фреквенции. Тестот се користи кога треба да се испитаат разликите помеѓу групната варијанса на испитуваните и теоретските фреквенции.

$\chi^2$  е збир на квадрирани разлики на испитуваните и очекуваните (теоретски дадени) фреквенции ставен во однос на очекуваните фреквенции и се пресметува според формулата:<sup>142</sup>

---

<sup>142</sup>Проф. д-р Трајче Мицески, (2010) Здравствена статистика, УГД-Економски факултет, Штип год стр.154-191

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_i - f_0)^2}{f_0}$$

каде што:

$f_i$  = испитувани фреквенции што се добиени со емпириското истражување или експериментирање;

$f_0$  = очекувани или теоретски фреквенции (фреквенции кои се очекувани при одредена хипотеза).

Испитуваните фреквенции се добиваат од спроведеното емпириско истражување, додека, пак, очекуваните фреквенции се добиваат така што сумата на редот се множи со сумата на колоната и добиениот резултат се дели со вкупната сума на фреквенции.

Добиената вредност за  $\chi^2$ -тестот се компарира со теоретската вредност  $\chi^2$ -тестот на распределба, што е формулирана од страна на К. Pearson. Тој ги сметал и создавал таблиците на гранични вредности на  $\chi^2$ -тестот за соодветен број на степени на слобода и соодветна веројатност, т.е. праг на значајност. Прагот на значајност се однесува на дозволена грешка или ризик и најчесто се користи ниво на веројатност  $p=0,05$  и  $p=0,01$ . Во овој труд се користи ниво на веројатност од 0,05, односно 5%.

Кога фреквенциите се распоредени во редови и колони, степените на слобода ( $n$ ) се пресметуваат на следниот начин:

$$n = (k - 1)(r - 1)$$

каде што:

$n$  = степени на слобода;

$k$  = број на колони;

$r$  = број на редови.

Во ова емпириско истражување, фреквенциите се распоредени во две колони и три реда, што резултира со 2 степени на слобода. Табличната вредност на  $\chi^2$ -тестот, за 2 степени на слобода и праг на значајност 0,05 изнесува 5,991.

Кога пресметаната вредност на  $\chi^2$ -тестот е поголема од граничната вредност во таблицата, што во нашиот случај има вредност 5,991, тогаш доаѓаме до констатација дека исказите на менаџерите и вработените се разликуваат. Обратно, кога пресметаната вредност на  $\chi^2$ -тестот е помала од табличната вредност, во тој случај исказите на менаџерите и на вработените се слични.

Како што може да се забележи, со  $\chi^2$ -тестот се определува веројатноста на поврзаност помеѓу две варијабли, а не висината на поврзаност. Таквата поврзаност се мери со коефициентот на контингенција (C):

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{N + \chi^2}}$$

каде што:

$\chi^2$  = пресметана вредност за  $\chi^2$  ;

N = вкупен број на фреквенции.

Коефициентот на контингенција може да има вредност од 0 до 1. Кога овој коефициент е поблиску до 1 меѓузависниот модалитет на испитуваните варијабли е појак, а кога пресметаниот коефициент е поблиску до 0, тогаш меѓузависноста е слаба.

За добиените резултати од  $\chi^2$ -тестот во врска со секое прашање е дадено соодветно толкување.

Најпрво е даден сумарен приказ на добиените и обработени податоци од спроведената анкета, а потоа поединечно е разработено секое прашање.



**Табела бр. 2:** Сумарен приказ на податоците добиени од обработените анкетни прашалници

**Table No. 2:** A summary presentation of the data obtained from the processed questionnaires

<b>Прашања</b>	<b>Одговори</b>				
		<b>Вработени</b>		<b>Пациенти</b>	
		<i>Вредност</i>	<i>%</i>	<i>Вредност</i>	<i>%</i>
<b>1. Дали Вие како вработен/пациент во здравствената организација сметате дека здравствениот систем во Република Македонија е добар?</b>	Да	36	72%	21	42%
	Не	8	16%	15	30%
	Без одговор	6	12%	14	28%
	Вкупно	50	100%	50	100%
$\chi^2 = 18,556$					
<b>2. Дали Вие како вработен/пациент сметате дека Вашите здравствени организации имаат визија?</b>	Да	42	84%	37	74%
	Не	0	0%	4	8%
	Без одговор	8	16%	9	18%
	Вкупно	50	100%	50	100%
$\chi^2 = 8,751$					
<b>3. Дали Вие како вработен/пациент сметате дека Министерството за здравство ја согледува и следи актуелната состојба во здравствениот систем и се грижи за негово унапредување?</b>	Да	39	78%	36	72%
	Не	0	0%	6	12%
	Без одговор	11	22%	8	16%
	Вкупно	50	100%	50	100%
$\chi^2 = 13,187$					
<b>4. Дали Вие како вработен/пациент сметате дека позитивните примери од развиените земји се прифаќаат, имплементираат кај нас?</b>	Да	34	68%	37	74%
	Не	3	6%	7	14%
	Без одговор	13	26%	6	12%
	Вкупно	50	100%	50	100%
$\chi^2 = 8,661$					

Покрај сумарната табела со обработените податоци, ќе се направи осврт поодделно на секое прашање, со цел подетално да се презентираат дадените одговори.

На секое поодделно прашање се понудени три можни одговори: *да*, *не* и *без одговор*. Испитаниците заокружуваа само еден можен одговор.

Сите добиени одговори од вработените и пациентите по секое прашање ги претставуваме паралелно во табела и графикон и ги даваме пресметаните вредности на  $\chi^2$ -тестот и коефициентот на контингенција  $C$ .

Првото прашање за двете групи испитаници беше: *Дали Вие како вработен/пациент во здравствената организација сметате дека здравствениот систем во Република Македонија е добар?*

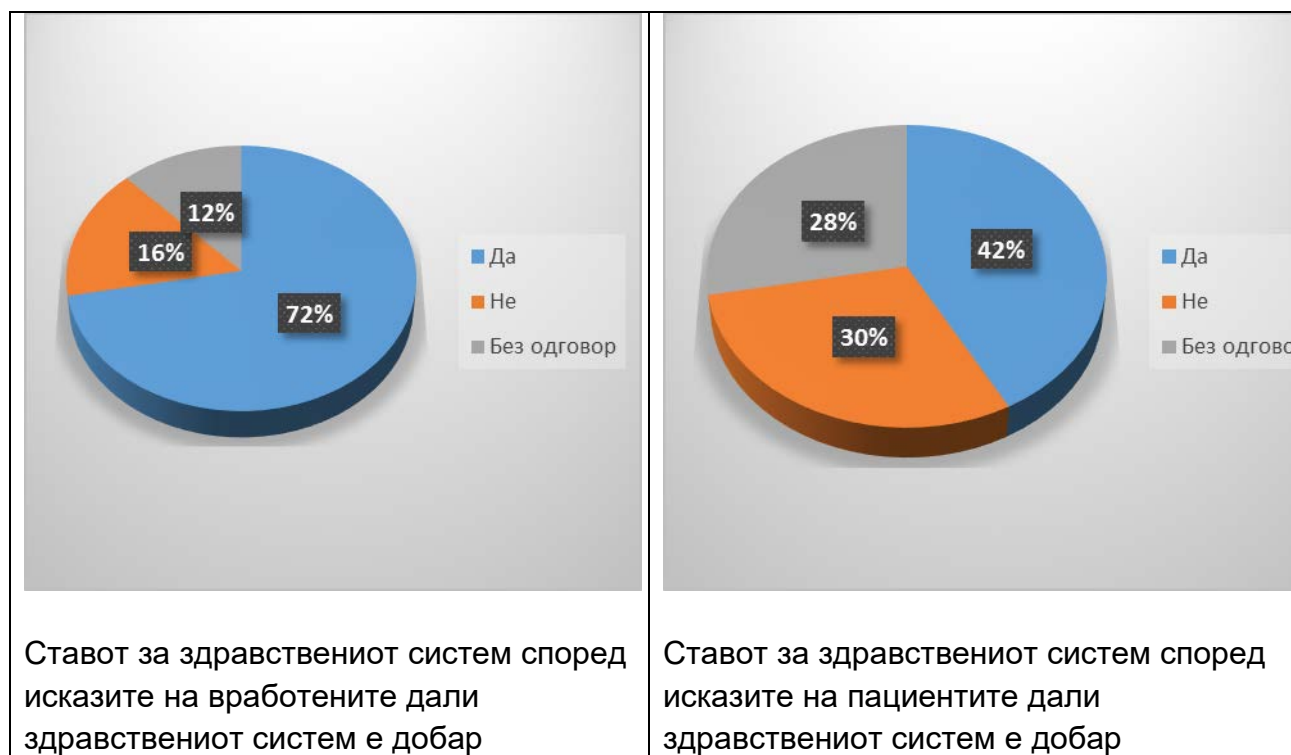
Добиените и обработените податоци се дадени во табелите и графиконите кои следат:

**Табела бр. 3:** Ставот на вработените и пациентите за здравствениот систем на Република Македонија

**Table No. 3:** The attitude of the employees and patients for the health system of the Republic of Macedonia

Прашања	Одговори				
		Вработени		Пациенти	
		Вредност	%	Вредност	%
1. Дали Вие како вработен/пациент во здравствената организација сметате дека здравствениот систем во Република Македонија е добар?	Да	36	72%	21	42%
	Не	8	16%	15	30%
	Без одговор	6	12%	14	28%
	Вкупно	50	100%	50	100%

Наредно ќе бидат прикажани графичките прикази за двете групи испитаници.



**Слика бр. 2:** Ставот на вработените и пациентите за здравствениот систем на Република Македонија

**Figure No. 2:** The attitude of the employees and patients for the health system of the Republic of Macedonia

По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 18,556 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,291$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 18,556, што е поголема од табличната вредност за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање се разликуваат.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,291, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи на испитаници: вработените и пациентите.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на вработените и пациентите во однос на првото прашање од прашалникот се разликуваат. Кога станува збор за вработените, 72% сметаат дека здравствениот систем во Република Македонија е добар, 16% сметаат дека не е добар и 12% не дале одговор на ова прашање. Од друга страна 42% од пациентите сметаат дека здравствениот систем е добар, 30% сметаат дека системот не е добар, а 28% немале одговор на прашањето. Кај сите понудени одговори постојат разлики во исказите на двете групи испитаници, што значи дека со ова прашање не се потврдуваат поставените хипотези на истражувањето. Може да се резимира дека е потребно воведување и имплементирање на реформи и промени во сите сфери на здравствениот систем на Република Македонија со цел општата слика за самиот систем да се подобри.

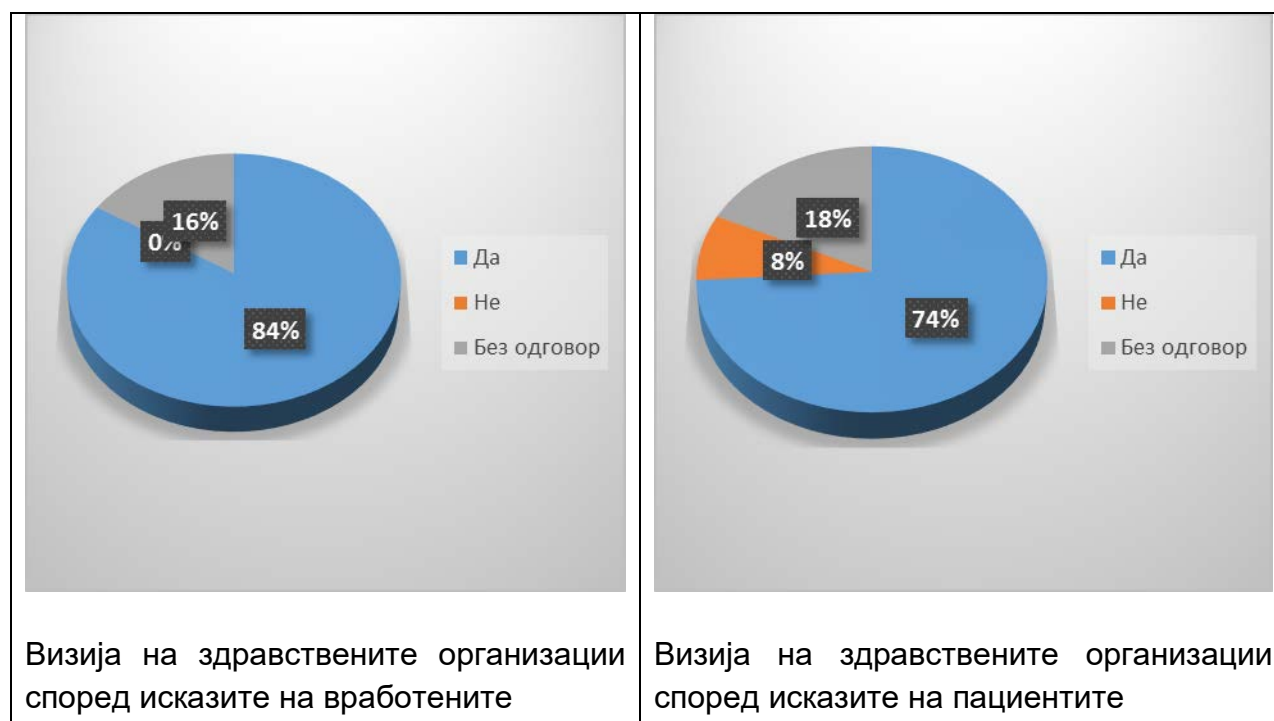
*Второто прашање за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како вработен/пациент сметате дека Вашите здравствени организации имаат добра визија?*

**Табела бр. 4:** Ставот на вработените и пациентите за визијата на здравствените организации

**Table No. 4:** The attitude of employees and patients to the vision of health organizations

Прашања	Одговори				
		Вработени		Пациенти	
		Вредност	%	Вредност	%
2. Дали Вие како вработен/пациент сметате дека Вашите здравствени организации имаат добра визија?	Да	42	84%	37	74%
	Не	0	0%	4	8%
	Без одговор	8	16%	9	18%
	Вкупно	50	100%	50	100%

Сликовито изгледа вака:



**Слика бр. 3:** Ставот на вработените и пациентите за визијата на здравствените организации

**Figure No. 3:** The attitude of employees and patients to the vision of health organizations

По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 8,751 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,205$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 4,27 што е поголема од табличната вредност за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање се слични.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,205, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: вработените и пациентите.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на вработените и пациентите во однос на второто прашање од прашалникот не се истоветни.

Околу 84% од вработените и 74% од пациентите сметаат дека здравствените организации имаат добра визија за своето работење, 0% од вработените и 8% од пациентите се изјаснија негативно во однос на визијата на организациите, додека 16% од вработените и 18% од пациентите не дале одговор на ова прашање.

Според одговорите на ова прашање може да се резимира дека и овде не се потврдуваат хипотезите на истражувањето, иако добрата визија на здравствените организации води кон имплементирање на иновации во работењето, кон успешно раководење на институциите што позитивно се одразува на целокупниот здравствен систем во Република Македонија.

Третото прашање за двете групи испитаници гласеше: *Дали Вие како вработен/пациент сметате дека Министерството за здравство ја согледува и следи актуелната состојба во здравствениот систем и се грижи за негово унапредување?*

Обработените податоци се дадени во табелата и графиконот кои следат.

**Табела бр. 5:** Согледување на актуелната состојба во здравствениот систем и негово унапредување

**Table No. 5:** Recognizing the current situation in the health care system and its advancement

Прашања	Одговори				
		Вработени		Пациенти	
		Вредност	%	Вредност	%
3. Дали Вие како вработен/пациент сметате дека Министерството за здравство ја согледува и следи актуелната состојба во здравствениот систем и се грижи за негово унапредување?	Да	39	78%	36	72%
	Не	0	0%	6	12%
	Без одговор	11	22%	8	16%
	Вкупно	50	100%	50	100%

Следи графичкиот приказ:



**Слика бр. 4:** Согледување на актуелната состојба во здравствениот систем и негово унапредување

**Figure No. 4:** Recognizing the current situation in the health care system and its advancement

По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 13,187 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,249$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 13,187, што е поголема од табличната вредност за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање се разликуваат.



Коефициентот на контингенција изнесува 0,249, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: вработените и пациентите.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на вработените и пациентите во однос на третото прашање од прашалникот се разликуваат. Кога поединечно ќе се анализираат одговорите на испитаниците може да се забележи дека позитивно одговориле 78% од вработените и 72% од пациентите, односно дека Министерството за здравство ја согледува и следи актуелната состојба во здравствениот систем и се грижи за негово унапредување. Негативни одговори кај вработените нема, додека кај пациентите 12%, а без одговор биле 22% од вработените и 16% од пациентите. Мислењата, значи, по ова прашање се поделени. Некаде се слични, некаде исказите се разликуваат.

Може да се резимира дека делумно со ова прашање се потврдуваат хипотезите на истражувањето дека следењето на актуелната состојба во здравствениот систем и напорите за негово унапредување го движат целокупниот систем во позитивна насока.

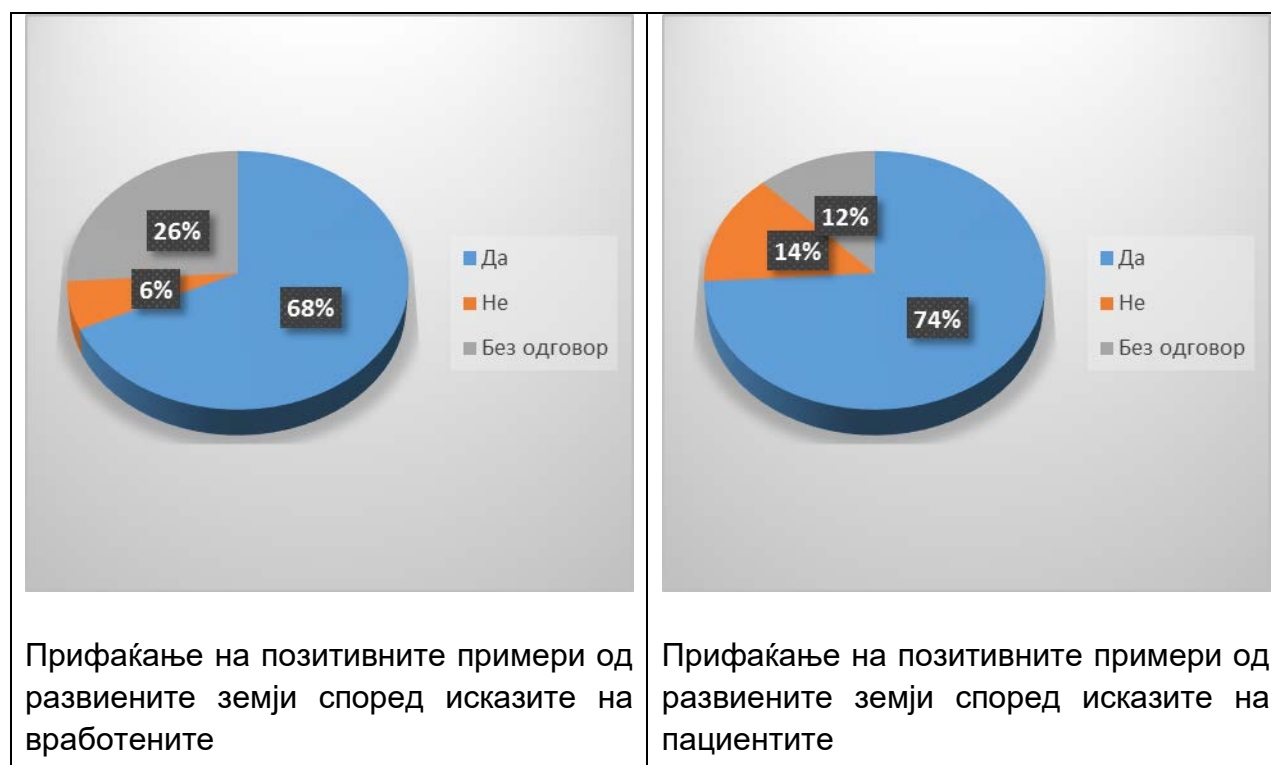
*Четвртото прашање за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како вработен/пациент сметате дека позитивните примери од развиените земји се прифаќаат, имплементираат кај нас?*

**Табела бр. 6:** Прифаќање на позитивните примери од развиените земји во здравствениот систем на Република Македонија

**Table No. 6:** Acceptance of the positive examples from the developed countries in the health system of the Republic of Macedonia

Прашања	Одговори				
		Вработени		Пациенти	
		Вредност	%	Вредност	%
4. Дали вие како вработен / пациент сметате дека позитивните примери од развиените земји се прифаќаат, имплементираат кај нас?	Да	34	68%	37	74%
	Не	3	6%	7	14%
	Без одговор	13	26%	6	12%
	Вкупно	50	100%	50	100%

Следи графичкиот приказ:



**Слика бр. 5:** Прифаќање на позитивните примери од развиените земји во здравствениот систем на Република Македонија

**Figure No. 5:** Acceptance of the positive examples from the developed countries in the health system of the Republic of Macedonia

По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 8,611 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,203$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 8,611, што е поголема од табличната вредност за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање се слични.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,203, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: вработените и пациентите.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на вработените и пациентите во однос на четвртото прашање од прашалникот се слични. Околу 68% од вработените и 74% од пациентите одговориле позитивно на ова прашање, негативно се изразиле 6% од вработените и 14% од пациентите, додека без одговор биле 26% од вработените и 12% од пациентите. Според исказите на ова прашање од двете групи испитаници, може да се резимира дека и овде не се потврдуваат хипотезите на истражувањето, односно следењето и имплементирањето на позитивните промени од развиените земји во нашиот здравствен систем позитивно се одразуваат на целокупната состојба во здравствениот систем. Тоа укажува дека е потребно подобрување во системот во

согласност со позитивните примери од развиените земји со цел зголемување на степенот на задоволство и кај вработените и кај пациентите.

Бидејќи се целеше да се согледаат и состојбите внатре во здравствените организации за тоа дали се креира нивна стратегија за развој, со посебен анкетен прашалник се изврши анкета на испитани менаџери и вработени.

Всушност, вториот анкетен прашалник кој се состои од 7 прашања беше наменет за двете групи испитаници и тоа менаџери во здравствените установи и вработени во здравствените установи. Во рамките на овој анкетен прашалник беа вклучени исказите, односно одговорите на 30 менаџери и 50 вработени во здравствените установи.

**Табела бр. 7:** Сумарен приказ на податоците добиени од обработените анкетни прашалници

**Table No. 7:** A summary presentation of the data obtained from the processed questionnaires

<i><b>Прашања</b></i>	<i><b>Одговори</b></i>				
		<i><b>Менаџери</b></i>		<i><b>Вработени</b></i>	
		Вредност	%	Вредност	%
1. Дали менаџерите на здравствената установа се одликуваат со соодветни особини (одговорен, стручен, комуникативен, етичен, прецизен)?	Да	27	90%	42	84%
	Не	0	0%	4	8%
	Без одговор	3	10%	4	8%
	Вкупно	30	100%	50	100%
$\chi^2 = 8,429$					
2. Дали менаџерите и вработените сметаат дека се заинтересирани за подигнување на угледот на	Да	26	87 %	44	88%
	Не	1	3%	2	4%
	Без одговор	3	10%	4	8%

здравствената установа?	Вкупно	30	100%	50	100%
$\chi^2 = 0,371$					
3. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека Вашата здравствена установа е добро структурирана и организирана (простор, уредување)?	Да	24	80%	32	64%
	Не	3	10%	6	12%
	Без одговор	3	10%	12	24%
	Вкупно	30	100%	50	100%
$\chi^2 = 7,724$					
4. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека вршите правилно регрутирање на стручни кадри (лекари, медицински сестри, помошен персонал)?	Да	27	90%	37	74%
	Не	0	0%	6	12%
	Без одговор	3	10%	7	14%
	Вкупно	30	100%	50	100%
$\chi^2 = 14,228$					
5. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека правилно се грижите за мотивирање, добри меѓучовечки односи, наградување на Вашите вработени?	Да	26	87%	35	70%
	Не	0	0%	6	12%
	Без одговор	4	13%	9	18%
	Вкупно	30	100%	50	100%
$\chi^2 = 14,647$					
6. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека носите правилни одлуки за пројавените проблеми во работењето?	Да	28	93%	34	68%
	Не	0	0%	4	8%
	Без одговор	2	7%	12	24%
	Вкупно	30	100%	50	100%
$\chi^2 = 21,205$					
7. Дали Вие како менаџер/вработен	Да	30	100%	42	84%

сметате дека се грижите за унапредување на стратегијата на менаџментот во здравствената организација?	Не	0	0%	1	2%
	Без одговор	0	0%	7	14%
	Вкупно	30	100%	50	100%
$\chi^2 = 17,391$					

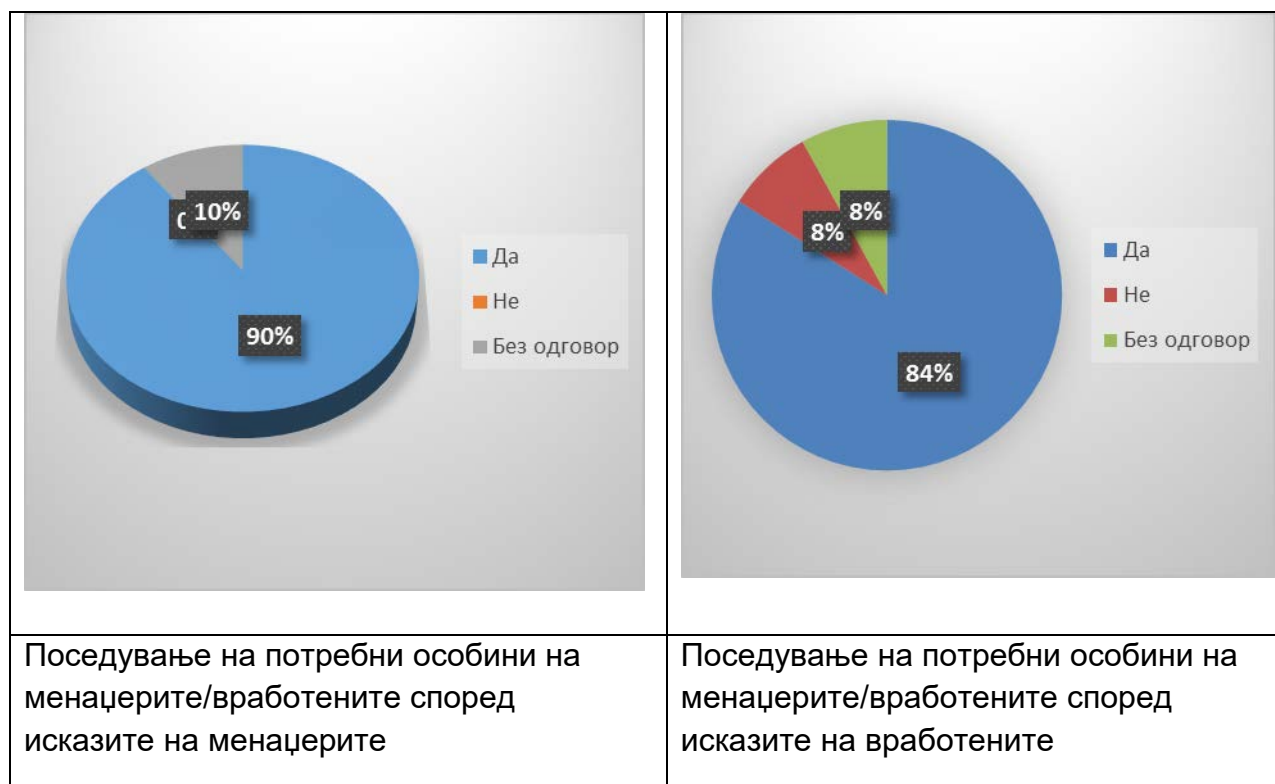
*Првото прашање за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како менаџер/вработен на здравствената установа сметате дека менаџерите се одликуваат со соодветни особини (одговорен, стручен, комуникативен, етичен, прецизен)?*

**Табела бр. 8:** Поседување на потребни особини на менаџерите во здравствените установи

**Table No. 8:** Possession of the necessary qualities of the managers in the healthcare institutions

Прашања	Одговори				
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
1. Дали Вие како менаџер/вработен на здравствената установа сметате дека се одликувате со соодветни особини (одговорен, стручен, комуникативен, етичен, прецизен)?	Да	27	90%	42	84%
	Не	0	0%	4	8%
	Без одговор	3	10%	4	8%
	Вкупно	30	100%	50	100%

Следи сликовит приказ на табеларните показатели.



**Слика бр. 6:** Поседување на потребни особини на менаџерите во здравствените установи

**Figure No. 6:** Possession of the necessary qualities of the managers in the healthcare institutions

По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 8,429 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,201$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 8,429, што е поголема од табличната вредност за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање не соодветствуваат.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,201, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: менаџерите и вработените.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на менаџерите и вработените во однос на првото прашање од прашалникот иако покажуваат мнозинство на позитивни одговори, сепак се разликуват. Позитивно се изјасниле дури 90 % од менаџерите и 82% од вработените, ниту еден од менаџерите не одговорил негативно, додека 8% од вработените одговориле негативно. Без одговор биле 10% од менаџерите и 8% од вработените.

Преку ова прашање може да се заклучи дека не се потврдуваат поставените хипотези на истражувањето, односно доколку здравствените организации вршат правилна селекција на стручни кадри кои ги поседуваат потребните вештини и компетенции за извршување на работата, тогаш целокупниот здравствен систем ќе се подобри во позитивен правец.

*Второто прашање за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека сте заинтересирани за подигнување на угледот на Вашата здравствена установа?*



**Табела бр. 9:** Подигнување на угледот на здравствената установа според менаџерите/вработените

**Table No. 9:** Raising the reputation of the healthcare institution by managers / employees

Прашања	Одговори				
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
2. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека сте заинтересиран за подигнување на угледот на Вашата здравствена установа?	Да	26	87 %	44	88 %
	Не	1	3 %	2	4 %
	Без одговор	3	10 %	4	8 %
	Вкупно	30	100 %	50	100%

Следи графичкиот приказ:



исказите на менаџерите	исказите на вработените
------------------------	-------------------------

**Слика бр. 7:** Подигнување на угледот на здравствената установа според менаџерите/вработените

**Figure No. 7:** Raising the reputation of the healthcare institution by managers / employees

По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 0,371 < \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,093$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 0,371, што е помала од табличната вредност за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање се слични.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,093, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: менаџерите и вработените.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на менаџерите и вработените во однос на второто прашање од прашалникот се слични. Приближно 87% од менаџерите, односно 88% од вработените позитивно одговориле на ова прашање, околу 3 % од менаџерите и 4% од вработените се изјасниле негативно, додека без одговор биле 10% од менаџерите и 8% од вработените.

Резимирајќи, и ова прашање ги потврдува хипотезите на истражувањето во позитивна насока, односно доколку менаџерите и вработените се вложуваат себеси во работењето за подигнување на угледот на работата и на самата

здравствена организација во која се вработени, тоа позитивно ќе се одрази на целокупниот здравствен систем во Република Македонија.

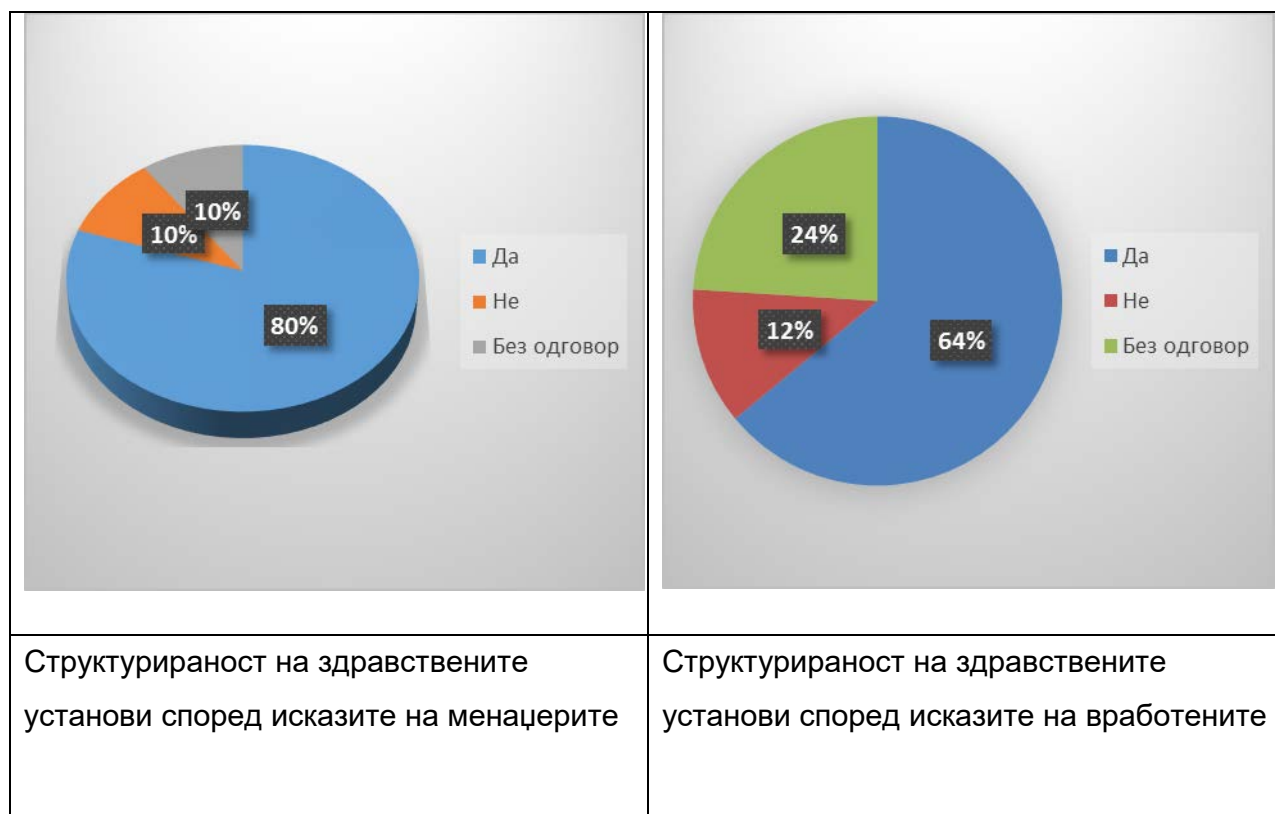
*Третото прашање за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека Вашата здравствена установа е добро структурирана и организирана (простор, уредување)?*

**Табела бр. 10:** Структурирани здравствени установи според менаџерите/вработените

**Table No. 10:** Structured health care facilities by managers / employees

Прашања	Одговори				
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
3. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека Вашата здравствена установа е добро структурирана и организирана (простор, уредување)?	Да	24	80%	32	64%
	Не	3	10%	6	12%
	Без одговор	3	10%	12	24%
	Вкупно	30	100%	50	100%

Или графички прикажано е следното:



По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 7,724 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,139$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност на  $\chi^2$ -тестот изнесува 7,724, што е поголема од табличната вредност. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање не се истоветни.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,139, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: менаџерите и вработените.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на менаџерите и вработените во однос на третото прашање од прашалникот не соодветствуваат согласно со процентуалниот однос.

Околу 80% од менаџерите и 64 % од вработените позитивно се изјасниле во однос на ова прашање, 10% од менаџерите и 12% од вработените негативно одговориле, додека 10% од менаџерите и 24% од вработените не дале одговор на ова прашање. И за ова прашање може да се резимира дека не се потврдува главната хипотеза поставена при самото истражување, односно дека здравствените установи не се добро структурирани, како просторно, така и во внатрешното уредување и затоа е потребно да им се посвети внимание во тој поглед.

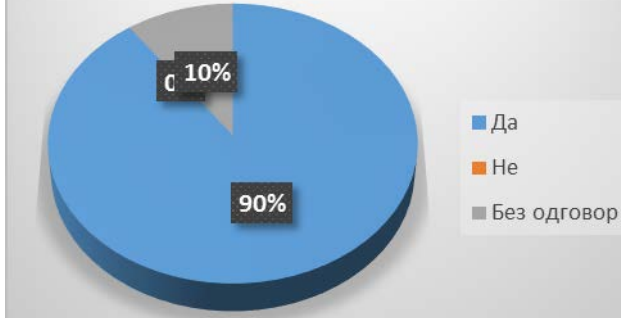
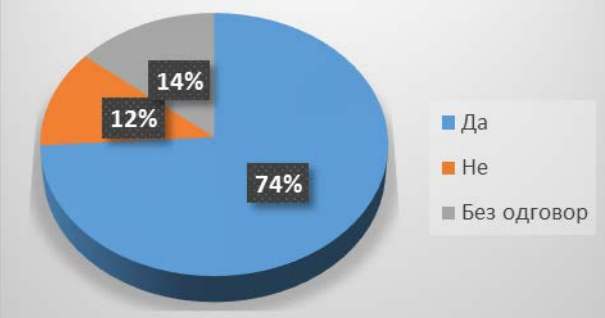
*Четвртото прашање* за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека вршите правилно регрутирање на стручни кадри (лекари, медицински сестри, помошен персонал)?

**Табела бр. 11:** Правилно регрутирање на стручни кадри според менаџерите/вработените

**Table No. 11:** Proper recruitment of professional staff according to managers / employees

Прашања	Одговори				
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
4. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека вршите правилно регрутирање на стручни кадри	Да	27	90%	37	74%
	Не	0	0%	6	12%
	Без одговор	3	10%	7	14%

(лекари, медицински сестри, помошен персонал)?	Вкупно	30	100%	50	100%
--	--------	----	------	----	------

 <p>■ Да ■ Не ■ Без одговор</p>	 <p>■ Да ■ Не ■ Без одговор</p>
Правилно регрутирање на стручни кадри според исказите на менаџерите	Правилно регрутирање на стручни кадри според исказите на вработените

По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 14,228 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,258$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 14,228, што е поголема од табличната вредност за два степени на слобода и праг на значајност 5%. Од тоа може да се заклучи дека одговорите и на вработените и пациентите во однос на ова прашање не се истоветни, според пропорционалниот однос.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,258, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: менаџерите и вработените.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на менаџерите и вработените во однос на четвртото прашање од прашалникот не се исти. Впрочем, 90% од менаџерите и 74% од вработените позитивно одговориле на ова прашање, 0% од менаџерите и 12% од вработените дале негативен одговор, додека 10% од менаџерите и 14% од вработените не дале одговор во однос на ова прашање. Со тоа може да се заклучи дека менаџерите во очите на вработените нецелосно правилно селектираат стручни кадри (лекари, медицински сестри, помошен персонал, слубени лица и сл), што е потребно за континуирано и добро извршување на работата во здравствените установи. Според тоа, доколку вработените правилно ги извршуваат активностите кои им се претходно делегирани од страна на менаџерите, тогаш тоа позитивно ќе влијае врз формирањето на стратегијата на менаџментот на здравствената установа и ќе има позитивно влијание врз здравствените услуги.

*Петтото прашање за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека правилно се грижите за мотивирање, добри меѓучовечки односи, наградување на Вашите вработени?*

**Табела бр. 12:** Водење сметка за меѓучовечките односи според менаџерите/вработените

**Table No.12:** Keeping in mind the interpersonal relationships according to managers / employees

Прашања	Одговори				
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
5. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека правилно се грижите за мотивирање, добри меѓучовечки односи, наградување на Вашите вработени?	Да	26	87%	35	70%
	Не	0	0%	6	12%
	Без одговор	4	13%	9	18%
	Вкупно	30	100%	50	100%

Следи графички приказ.





По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 14,647 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,261$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 14,647, што е поголема од соодветната таблична вредност. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање се слични.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,261, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: менаџерите и вработените.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на менаџерите и вработените во однос на петтото прашање од прашалникот се слични. Приближно 87% од менаџерите одговориле позитивно, ниту еден не одговорил негативно и околу 13% се изјаснале дека се без одговор. Од друга страна вработените со 70% се изјасниле позитивно, 12% одговориле со не и 18% биле без одговор. Со оглед на тоа дека исказите на менаџерите и вработените и во однос на ова прашање не се истоветни, и според несоодветноста на исказите на испитаните групи, може да се заклучи дека и овде не се потврдуваат хипотезите на истражувањето, односно менаџерите, не внимаваат доволно на унапредувањето на меѓучовечките односи во институцијата. Доколку се внимава на унапредувањето на меѓучовечките односи, тогаш тоа позитивно ќе дејствува врз унапредувањето на стратегијата во здравствените установи.

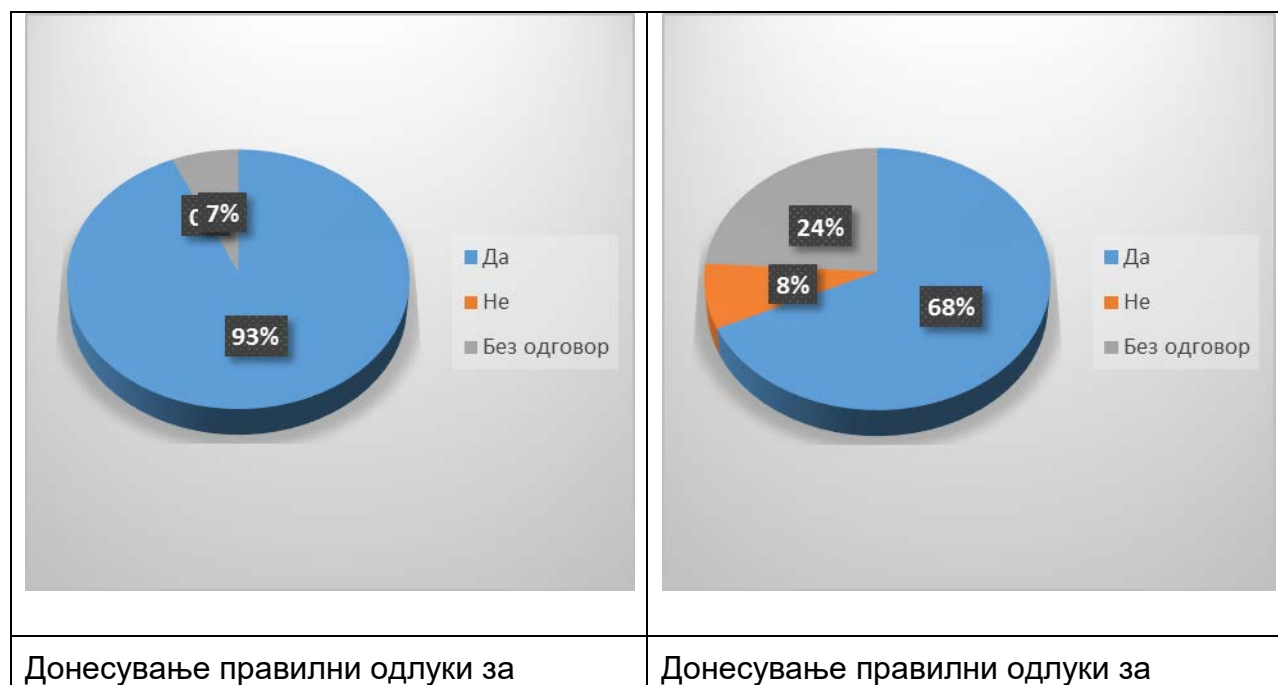
*Шестото прашање* за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека носите правилни одлуки за пројавени проблеми во работењето?

**Табела бр. 13:** Донесување правилни одлуки за пројавени проблеми според исказите на испитувани менаџери и вработените

**Table No. 13:** Making the right decisions for problems identified according to the statements of the examined managers and employees

Прашања	Одговори				
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
6. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека носите правилни одлуки за пројавени проблеми во работењето?	Да	28	93 %	34	68%
	Не	0	0%	4	8%
	Без одговор	2	7 %	12	24%
	Вкупно	30	100%	50	100%

Графички прикажани податоците од табелата изгледаат како на наредната слика.



пројавени проблеми според исказите на менаџерите	пројавени проблеми според исказите на вработените
--	---

По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 21,205 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C=0,310$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност за  $\chi^2$ -тестот изнесува 21,205, што е поголема од табличната вредност за два степени на слобода и праг на значајност 5% која изнесува 5,991. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање се разликуваат.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,310, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи испитаници: менаџерите и вработените.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на менаџерите и вработените во однос на шестото прашање од прашалникот се разликуваат. Околу 93% од менаџерите одговориле позитивно, никој не одговорил негативно и околу 7% биле без одговор. Од друга страна, од групата на вработените 68% одговориле позитивно, 8% се изјасниле негативно и 24% биле без одговор во однос на ова прашање. Од ова прашање може да се заклучи дека во целост не се потврдуваат хипотезите на истражувањето.

*Седмото прашање за двете групи испитаници гласеше: Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека се грижите за унапредување на стратегијата на менаџментот во здравствената организација?*

**Табела бр. 14:** Грижа за унапредување на стратегијата на менаџментот според исказите на менаџерите/вработените

**Table No.14:** Care for the advancement of the management strategy according to the statements of the managers / employees

Прашања	Одговори				
		Менаџери		Вработени	
		Вредност	%	Вредност	%
7. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека се грижите за унапредување на стратегијата на менаџментот во здравствената организација?	Да	30	100%	42	84%
	Не	0	0%	1	2%
	Без одговор	0	0%	7	14%
	Вкупно	30	100%	50	100%

Графичкиот приказ е следниот:



По обработените податоци за двете групи испитаници во однос на ова прашање и пресметаниот  $\chi^2$  и коефициентот на контингенција е добиено:

$$\chi^2 = 17,391 > \chi^2_{0,05} = 5,991$$

$$C = 0,283$$

Од резултатите може да се воочи дека пресметаната вредност на  $\chi^2$ -тестот изнесува 17,391, што е поголема од соодветната табличната вредност. Од тоа може да се заклучи дека одговорите на вработените и пациентите во однос на ова прашање не се истоветни.

Коефициентот на контингенција изнесува 0,283, што покажува слаб интензитет помеѓу одговорите на двете групи на испитаници: менаџерите и вработените.

Од табеларниот и графичкиот приказ може да се забележи дека исказите на менаџерите и вработените во однос на седмото прашање од прашалникот се разликуваат.

Сите испитаници од менаџерите одговориле позитивно на ова прашање, додека од вработените околу 84%. Негативен одговор е забележан само кај групата на вработени од 2% и без одговор биле околу 14%. Кај менаџерите немаше ниту еден негативен и ниту еден без одговор. Исказите добиени во однос на ова прашање не ги потврдуваат хипотезите поставени во истражувањето.

Доколку менаџерите и вработените во рамките на своето работење водат сметка и грижа за унапредување на стратегијата на менаџментот на здравствената установа, тогаш позитивно се влијае врз целокупното работење на здравствените организации.

Од истражувањето коешто беше спроведено за целите на овој магистерски труд може да се заклучи дека во најголем дел од одговорите на испитаните групи на прашања не се потврдуваат главната хипотеза и поединечните хипотези кои беа изведени од неа. Со тоа може да се потврди потребата од ова истражување,

кое може да укаже на унапредување на менаџментот на организациите во здравството.

Секоја здравствена организација е потребно да креира соодветна стратегија на менаџментот која ќе овозможи поефикасно и поефективно извршување на работните задачи. Тоа, пред сè, значи правилно делегирање на сите активностите од топ менаџерите кон подолните нивоа на менаџери, и од менаџерите кон вработените, односно кон линиските менаџери од подолните нивоа. Меѓусебното координирање на сите потребни активности води до успешна имплементација на стратегијата и успешно извршување на целокупната работа во здравствените установи.

Од самото истражување кое беше спроведено може да се види дека во поголемиот број прашања и кај едниот и кај другиот прашалник исказите на вработените и пациентите, односно менаџерите и вработените во голем дел не се истоветни. Според тоа, може да се заклучи дека во секоја здравствена организација менаџерите се тие коишто го имаат главниот удел во креирањето и имплементирањето на стратегијата која води кон унапредување на работењето и постигнување на подобри резултати во однос на конкурентите.

Според резултатите добиени од првиот анкетен прашалник може да се резимира дека е потребно воведување на реформи и промени во сите сфери на здравствениот систем со цел подобрување на општата слика за целокупниот систем. Имањето визија во здравствените организации води кон имплементирање на иновации во работењето, успешно раководење што позитивно се одразува врз целокупниот здравствен систем на Република Македонија. Дополнително, може да се резимира дека следењето на актуелната состојба во здравствениот систем и преземањето акции за негово унапредување водат во позитивна насока за целокупниот систем. На крај, може да се резимира дека е потребно подобрување на системот во согласност со позитивните примери од развиените земји со цел зголемување на степенот на задоволство и кај вработените и кај пациентите.

Преку прашањата од вториот анкетен прашалник може да се резимираат неколку работи. Вршењето на правилна селекција на стручни кадри позитивно ќе влијае врз целокупниот здравствен систем. Позитивен одраз врз здравствениот систем ќе има вложувањето на менаџерите и вработените во работењето со цел подигнување на угледот на здравствените организации. Поголемо внимание здравствените организации треба да посветат на подобро структурирање и подобро внатрешно уредување. Дополнително поголемо внимание е потребно да се посвети при селекцијата на стручните кадри со цел континуирано и добро извршување на работата во институциите. Исто така, значајно е унапредувањето на меѓучовечките односи во здравствените институции што ќе има позитивен придонес врз унапредувањето на стратегијата за работа. Сите вработени во здравствените организации е потребно да водат грижа за унапредување на стратегијата на менаџментот со цел подобрување на сликата за целокупниот здравствен систем во државата.

Воопшто, погледнато преку емпириското истражување може да се забележи дека ни главната хипотеза, па ни помошните хипотези во најголем дел на групата испитувани прашања не се потврдуваат, па затоа е потребно продлабочено истражување и укажување за потребата од обука на менаџментот за креирање на правилна стратегија на менаџментот за развој на здравствените организации.

## **5. Преферирање на постапки за креирање на стратегијата на менаџментот во здравствените установи во Република Македонија**

### ***5.1. Континуирано согледување на актуелната состојба во здравствениот систем на Република Македонија***

Здравствениот систем во Република Македонија претрпел и сè уште трпи промени во однос на различни периоди во кои се наоѓа земјата во рок од неколку декади пред и по нејзиното осамостојување. Во оваа смисла не само нашата земја туку и пошироко во регионот во текот на изминатиот период се создавале услови за континуирано менување и подобрување на функционирањето на здравствениот систем. Таканаречниот транзитен период, период на значителна стагнација на прогресот, е феномен или, подобро, период-фактор, забележан во многуте земји од Балканот и пошироко. Особеностите кои ги бележиме во здравствениот систем во овој период се од особено значење за континуираното следење и согледување на денешната состојба во здравствениот систем во Република Македонија и во земјите во нејзиното опкружување.<sup>143</sup>

Во таа смисла, како еден карактеристичен пример ќе го наведеме следното. Здравствениот систем во Република Македонија по нејзиното осамостојување беше создаден врз база на осигурување. Поради тоа што транзитниот период, за разлика од другите земји, во Македонија сè уште трае, со определени очекувани последици македонското здравство се соочува оттогаш до ден денес. Најзасегнат аспект е финансискиот, додека негативните остатоци од поранешниот социјалистички здравствен систем со поедноставување на структурите, намалување на напливот на персонал во здравството и многу друго претставуваат предизвици со кои Македонија сè уште не нашла начин да се соочи. Со поставените цели и точно определена реформска политика, беше воведена

---

<sup>143</sup> <http://www.crpm.org.mk/wp-content/uploads/2012/03/KnigahealthMAK1.pdf>



здравствена стратегија чија реализација би значела постигнување на посакуваната цел. Со тоа беа поставени почетни, фундаментални мерки за започнување на процесот на воведување, реализирање и следење на состојбите во здравството, што значеше „Министерството за здравство (...) да ги зајакне своите капацитети за формулација на политиката, способностите за имплементација и надгледување, а Фондот за здравствено осигурување (...) да го подобри планирањето на буџети, инструментите за надгледување и известување“.<sup>144</sup>

Континуираното согледување на состојбата во здравствениот систем е процес кој се темели врз определните цели поставени во Здравствената стратегија на Република Македонија од 2007 година, која треба да се спроведе до 2020 година. Ова значи дека во овој момент сме, односно треба да бидеме на чекор до привршувањето со реализирањето на стратешките цели и согледувањето на постапката на утврдување, спроведување и согледување на досегашната реализација на плановите и програмите. Во таа смисла, многу поважно е да биде можна согледба на напредокот во практиката. На тој начин би се дошло до прецизна претстава за моменталната состојба и можност за остварување на напредок.

Оттука, согледувањето би значело анализа конкретните аспекти на стратешкото планирање кои се однесуваат на: зголемување на ефективноста и ефикасноста на целиот систем за здравствена заштита, примарната здравствена заштита ориентирана кон поединецот, семејството и заедницата, како и подобрување на организирањето и реализирањето на јавното здравје, како и одлучување по прашањето за човечките ресурси како јадро на системот за здравствена заштита.<sup>145</sup>

Следењето на состојбата во здравствениот систем треба да ги има предвид овие и други важни аспекти од истиот во контекст на теоретското реализирање на реформите, но и спроведување на реформските решенија во практиката. На

---

<sup>144</sup> <http://www.crpm.org.mk/wp-content/uploads/2012/03/KnigahealthMAK1.pdf>

<sup>145</sup> [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/the\\_former\\_yugoslav\\_republic\\_of\\_macedonia/health\\_strategy\\_2020.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/the_former_yugoslav_republic_of_macedonia/health_strategy_2020.pdf), стр.5

пример, за подобра контрола и следење на работата здравствените организации „беа воспоставени индикатори на успешност со цел да се подобри следењето (мониторинг). Зголемената автономија на здравствениот систем во Македонија ќе бара адекватни регулаторни структури. Исто така, здравствените институции ќе треба да имаат поголема автономија во планирањето на човечките ресурси, т.е. да го имаат правото да вработуваат нов или отпуштаат неадекватен персонал“.<sup>146</sup>

Задржувањето на децентрализираните структури во здравствениот систем значи создавање и на подобрени услови за работа во здравствените институции на локално ниво, како подобрување на атмосферата за работа, поголема ефективност и ефикасност на ниво на целиот здравствен систем. Со таа цел, „Министерството за здравство планира да ги поттикне локалните претставници да преземат поактивна улога во одредувањето и анализата на проблемите, одредувањето на приоритети и активностите за промоција на здравството“.<sup>147</sup>

Континуираното следење на состојбата на здравствениот систем во нашата земја има за цел да го ја согледа реалната моментална состојба и да помогне во согледување и совладување на негативностите што се појавуваат поради различни фактори.

Така, „постојаното унапредување на квалитетот на здравствената заштита се заснова на вредностите кои се вградени во концептот за квалитетот на работата и следната усвоена секојдневна пракса на здравствените установи: насоченост кон корисникот (пациентот), безбедност, делотворност, правовременост, ефикасност, правичност“.<sup>148</sup>

Овие начела се, всушност, правила по кои се одвива акредитацијата на здравствените структури во здравствениот систем и дефинирани стандарди кои започнуваат да се применуваат со формирање на работна група од претставници на Министерство за здравство.

Заради поефикасно следење и согледување на активностите поврзани со унапредување на квалитетот на здравствената заштита, во рамките на

<sup>146</sup> Реформи на здравствениот систем во Република Македонија, (2010), „Центар за истражување и креирање политики“, Скопје, стр.6

<sup>147</sup> Исто, стр.6

<sup>148</sup> [http://akazum.gov.mk/sites/default/files/dokumenti/Vodoc\\_za\\_samoocenuvanje.pdf](http://akazum.gov.mk/sites/default/files/dokumenti/Vodoc_za_samoocenuvanje.pdf) 6 стр.

Министерството за здравство се формира Сектор за следење и унапредување на квалитетот на здравствените услуги. Секторот своевременно имаше задача да ги координира на национално ниво сите активности поврзани со квалитетот. Исто така, негова надлежност беше формирање на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи, за организирање на средби со експерти од различни области на медицината.

Во рамките на процесот на следење на состојбата во здравствениот систем, во процесот на акредитација постои т.н. „самооценување“ кое ја има улогата на самоконтрола во здравствениот систем, поконкретно во здравствните институции. Така „самооценувањето“ дава можност организацијата да ја преиспита својата работа и истата да ја процени во согласност со стандардите за акредитација, односно да процени: каде се наоѓала установата претходно, каде е во моментот и каде се гледа себеси во иднина. Самооценувањето им предочува на вработените кои активности се спроведуваат правилно, кои се областите што бараат унапредување, односно кои се предностите и слабостите во рамки на организацијата“.<sup>149</sup>

## ***5.2. Согледување на позитивните состојби на здравствените системи во земјите од регионот и на земјите со современо здравство***

Реформите во здравството станаа светски феномен во последните дваесет години од минатиот век. Социоекономските промени на глобално ниво, влијанието на медиумите, пристапот до информациите, како и општата свест на граѓаните се само некои од факторите кои имале и имаат значаен удел во менувањето на сликата за улогата на здравството, одлучувањето, како и начинот на користење на здравствените услуги.

Едно од клучните средства за спроведувањето на реформи во здравствениот систем претставува менаџментот, кој станува нова социјална

---

<sup>149</sup> [http://akazum.gov.mk/sites/default/files/dokumenti/Vodoc\\_za\\_samoocenuvanje.pdf](http://akazum.gov.mk/sites/default/files/dokumenti/Vodoc_za_samoocenuvanje.pdf) 14 стр.

функција ширум светот. Пошироката дефиниција го опишува менаџментот како „знаење кое е практично, стручно, универзално, научно, кое се применува во процесот на планирање, организирање, лидерство и контрола, со цел постигнување на ефективност (правење на вистинските работи) и ефикасност (работите да се прават на вистинскиот начин).<sup>150</sup>

Здравството, како една од најосетливите дејности на човечкото општество, секогаш имало и социјална функција, па според тоа значајните промени во таквата област имаат широки импликации на општеството во целина. Додека во некои други области спроведувањето на реформите може да се одвива тивко, со постепено воведување на систематски промени, во здравството ситуацијата е далеку покомплексна. Постојат повеќе фактори кои влијаат на тоа, пред сè, сложеноста на здравствените системи скоро во сите држави, како и посебното место на здравството како дејност. Здравствените организации денес се соочени со силни притисоци за промени, и тоа суштински. Тешко е да се донесат вистински стратешки одлуки, затоа што тие со себе секогаш носат потенцијален ризик.

И покрај значајните напори, многу земји, и развиени и помалку развиени, сè уште не можат да пронајдат соодветни решенија за проблемите како што се:<sup>151</sup>

- најдобар начин за обезбедување на висококвалитетни услуги во здравството;
- соодветни регулативи поврзани со снабдувачите на здравствените услуги;
- оптимална рамнотежа помеѓу учеството на приватниот и јавниот сектор во финансирањето и организирањето на здравствените служби;
- вклучувањето на корисниците и граѓаните, воопшто, во одредувањето на приоритетите во здравствената служба со толкување дека општите интереси не се загрозени поради индивидуалните.

Во оваа смисла, земјите чии здравствени системи се сметаат за високоразвиени, односно земјите со современ здравствен систем, имаат

---

<sup>150</sup> <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0039-1743/2008/0039-17430803188T.pdf>, стр.2

<sup>151</sup> [https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/ModernisinghealthsystemsintheBalkans\\_0.pdf](https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/ModernisinghealthsystemsintheBalkans_0.pdf), стр.4

направено многу чекори напред во поглед на подобрување на нивното функционирање, како и на зголемување на користа од истите што би значело подобра практична примена на тие системи и од аспект на давателите и од аспект на примателите на здравствени услуги. Исто така, управувањето, менаџментот на развиените здравствени системи континуирано се развива во правец на исполнување на истата цел - ефикасност и ефективност на извршување на дејноста и максимална достапност на услугите.

Во поглед на развојните и карактерните особини на системите, воопшто, ако сакаме аналитички да пристапиме и одговорно да тврдиме за определена позитивност или негативност, во голема мера квалификациските одредници се истите. Како и во развиените здравствени системи на САД, Кина, Канада, Австралија, голем број од здравствените системи на европските земји, и во Република Македонија, и во земјите од Балканот се бележи стережеж за исполнување на иста цел, а тоа е ефикасност и ефективност, подобар здравствен менаџмент, подобро, современо здравство. Но, она на што особено треба да обрнеме внимание се позитивностите кои во земјите со современо здравство ги донеле до оние високи степени на рангирачкото скалило.<sup>152</sup>

За да воочиме разлики и да посочиме на позитивните состојби ќе се послужиме со проблемски прашања на кои активно се работи и за кои континуирано се дискутира во стабилен, високоразвиен здравствен систем, а со цел да се придонесе за чекор напред во патот за подобра интеграција и координација на здравствената заштита и обезбедувањето на здравствените услуги на корисниците.<sup>153</sup>

- Преглед на тековната состојба на релација болница и реформи во здравствениот систем во регионот, вклучувајќи го и изборот и перспективите на пациентите.

---

<sup>152</sup> [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/158885/BRU-report-Modern-health-care-delivery-systems.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/158885/BRU-report-Modern-health-care-delivery-systems.pdf)

<sup>153</sup> Проблемските прашања се преземени од работилница на тема 'Modern health care delivery systems and the role of hospitals' (Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals, Compiled report of the workshop organized by the Belgium Federal Public Health Service and WHO Europe, Brussels, Belgium, 21-22 November 2011, and the internal WHO expert meeting on roadmap development, Copenhagen, Denmark, 12 January 2012)

- Создавање на заедничко разбирање на моменталната состојба на системот за здравствена заштита и испорака и неговата спремност за прифаќање на промените.
- Размена на искуства и најдобар модел на пракса помеѓу заинтересираните страни, како теориски, така и применети, во потрага за оптимизирани решенија за зголемување на перформансите на здравствената заштита и испорака на услугите до корисниците.
- Идентификување на неодговорени прашања, празнини во знаењето во области во кои се потребни понатамошни истражувања.
- Развивање на насоки за акција на чело со СЗО со заинтересираните страни да ги поддржат земјите членки во овие области во наредните години.

Високите перформанси на здравствените системи се од клучно значење за решавање на клучните здравствени проблеми со кои се соочуваат развиените држави во европскиот регион, како што се промена во тежината на болестите и динамиката на населението, управувањето и механизмите на финансирање, технологијата во клиничката пракса на управување и сл. Во тој контекст, многу развиени земји инвестираа во зајакнување на примарното ниво на здравствена заштита.

Светската здравствена организација признава дека мора да се даде огромно внимание на сите нивоа на заштита, како и на процесот на интеграција и координација на функции и механизми за заштита со цел да може да се соочи со предизвиците на стареењето на населението, со зголемувањето на очекувањата за квалитетот на услугите и безбедноста и со способноста за пристап до овие услуги на национално ниво и преку прекуграничната заштита. Работата во оваа област во европски контекст е тесно поврзана со глобалната иницијатива започната од седиштето на Светската здравствена организација во идентификување на клучните прашања кои треба да се решат од страна на глобалната агенда за координирана заштита. Искуствата од различни земји и региони во светот може да се искористат за да се изврши преглед на местото,

улогата и функцијата на болниците во менувањето на здравствените системи, поддршка на сите земји членки во процесот на реконструкција на нивните болници, како и изградба на капацитети за поддршка на реформата на здравствената заштита и испораката на услугите до крајните корисници.<sup>154</sup>

### ***5.3. Постојано следење на промените и реформите во развиените здравствени системи***

Од анализата на реформите во здравствениот сектор во развиените економии може да се забележи дека не постои универзален пакет на мерки кои претставуваат реформа на здравствениот сектор. Процесот на реформи во здравствениот сектор се одвива брзо во голем број земји. Со воведувањето на реформите во здравствените системи на развиените земји може да се развиваат и нови форми на односи меѓу компонентите на здравствените системи со цел да се направат комплексни промени и интеракции. Во текот на последните неколку децении, поголемиот дел од овие напори, главно, беа поттикнати од желбата за подобрување на капиталот и квалитетот на здравствената заштита, проширување на опфатеноста со здравствената заштита, децентрализација на здравствениот менаџмент, како и задржување на трошоците на исто ниво.<sup>155</sup> Во некои земји реформите на здравствениот сектор станаа покомплексни како резултат на присуството на широк спектар на договорни партнери, вклучувајќи ги и надворешните агенции. Иако секоја реформа е различно искуство за секоја држава и обично се базира на цврсти докази, постојат важни лекции кои треба да се применат од споредување на опции до идентификување на заеднички прашања и користење на алатки, како и евалуирање на ефектите од различните иницијативи за спроведување на реформи во здравствениот сектор.

Повеќето држави го посветуваат поголемиот дел од вниманието на содржината на реформата на здравствениот сектор, а не на самиот процес.

---

<sup>154</sup> [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/158885/BRU-report-Modern-health-care-delivery-systems.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/158885/BRU-report-Modern-health-care-delivery-systems.pdf)

<sup>155</sup> C. Michaud & C.J.L. Murray, Bulletin of World Health Organization, 1994, p.12

Фокусот на содржината на реформата го повлекува со себе ризикот за изедначување на реформите на здравствениот сектор со еден сет на рецепти, на пример, воведувањето на пазарните механизми, давачки на корисниците, воспоставување на заеднички тела за управување со ниска одговорност, намалување на големината на јавниот сектор, редистрибуција на ресурсите и сл. Реформата обично го игнорира прашањето за можноста за спроведување на промени. Потребно е подобро да се разберат проблемите во процесот на реформите во здравствениот сектор со цел да биде дополнето она што се дознава за содржината на реформите. Таквото толкување може да доведе до развој на стратегии за промовирање и маркетиншки реформи или, пак, идентификација на начини на кои владите можат да ги предвидат и планираат реакциите на интересните групи.

Највпечатливите реформи во здравствениот сектор се однесуваат на обезбедување на одржливо финансирање на здравствената заштита. Кога се разгледуваат инвестициите во здравствениот сектор, може да се согледа дека ситуацијата во текот на изминатите неколку децении не е променета во однос на ниските инвестиции во здравството. Врз основа на националните здравствени сметки според извештаите на Светската здравствена организација, вкупните трошоци за здравство во голем број од развиените земји изнесува околу 2 до 8% од нивниот бруто-домашен производ. Процентот на државните придонеси како процент од вкупните трошоци за лечење во поголемиот број земји се движи во распон од 20 до 60%, во зависност од растот на системот на приватната здравствена заштита. Светската студија за надворешна помош во секторот на здравството во текот на 1972 до 1990 година покажа дека помалку развиените и сиромашните земји добиле повеќе пари од надворешна помош во здравството по глава на жител отколку поголемите и побогати земји. Околу 20 до 30% од вкупните трошоци за лечење во најмалку развиените земји како што се Бангладеш, Бутан и Непал се состојат од надворешна помош.<sup>156</sup>

---

<sup>156</sup> World Health Report 2000: Health Systems: Improving performance, WHO, Geneva, 2000, pp.18



Националните здравствени сметки им даваат корисни информации на владите за да разгледаат како може и како треба да се издвојат јавните средства за здравје, што би требало да претставува и да биде ниво на јавна и приватна потрошувачка, и како приватните ресурси можат да бидат мобилизирани за јавните здравствени трошоци. Потребно е да се направат внимателни анализи со цел да се утврди какви видови финансирање треба да бидат усвоени во спроведувањето на реформите во здравствениот сектор, на пример, мобилизација на финансиските ресурси во здравствениот сектор, надвор од здравствениот сектор и унапредување на користењето на постојните ресурси. Реформите во финансирањето на здравствената заштита е потребно да бидат иницирани со цел обезбедување на еднаков пристап и ефикасна и ефективна здравствена заштита. Потребно е утврдување на соодветна комбинација на механизми за приватна и јавна здравствена заштита, на тој начин што двата сектори ќе се надополнуваат еден со друг, во насока на постигнување на најдобри резултати.<sup>157</sup>

Алтернативните реформи за финансирање на здравството, како што се шемите за поврат на трошоците и распределба на трошоците, финансирање на заедницата, здравствени картички или систем на ваучери, договорни услуги, програми за социјално осигурување и приватно осигурување итн., се само некои примери на промените во механизмите за финансирање ставени под капата на реформите во здравствениот сектор. Најголем дел од развиените земји се фокусираат на содржината на реформите во финансирањето на здравствената заштита, наместо врз процесите што резултира со неуспех или одложена имплементација на спроведувањето на реформите во здравствениот сектор.

Фундаментален принцип на финансиските реформи е дека средствата за здравствена заштита (без разлика дали станува збор за приватни установи или за превенција и унапредување на здравјето во општеството) се зголемуваат од страна на луѓето во зависност од нивната способност за плаќање, а не во зависност од здравствените потреби. Исто така, подеднакво е важно дека

---

<sup>157</sup> C. Michaud & C.J.L. Murray, Bulletin of World Health Organization, 1994, pp.71

средствата се трошат во зависност од здравствените потреби, а не според способноста да се плати. Секој има право да плаќа еднаков дел од расположливиот доход. Тоа зависи не само од расположливиот доход кој е наменет за здравството туку и од начините на финансирање, како што се општите даноци, исплатите за осигурување и сл.

Иако нивото на здравствените трошоци (како и вкупните здравствени трошоци или трошоци по глава на жител како процент од БДП) се важни, искуствата во некои развиени и високодоходовни земји покажуваат дека повеќе не е секогаш подобро или секогаш можно. Треба да се има предвид колку здравствените трошоци се распределуваат во согласност со здравствените потреби. Ефектите на добро трошење и користење според здравствените потреби се рефлектираат на нивото на нееднаквости во здравствениот сектор.

Голем број земји имаат воведено различни механизми на финансирање, вклучувајќи систем на финансирање на заедницата, особено за заштита на сиромашните семејства.

Големи инвестиции од страна на меѓународни и национални приватни корпорации во воспоставувањето на големи и средни болници и дијагностички центри се направени во одредени развиени земји. Различни форми за наплата на јавните здравствени установи се воведени со цел олеснување на товарот на јавните расходи на болниците и здравствените центри. Значителни докази во развиените земји се документирани врз база на последиците од наметнување на кориснички трошоци за здравствена заштита, во контекст на правичност, ефикасност и задоволство на потрошувачите. Менаџерските и организациските фактори се централни детерминанти на влијанието на ваквата политика на реформи.<sup>158</sup>

Промоцијата на конкуренцијата помеѓу давателите на услуги или, поретко, помеѓу финансиерите на здравствената заштита, се користи како стратегија за финансирање на програмите за реформа во индустријализираните земји.

---

<sup>158</sup> Kutzin J. *Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector*. Current Concerns SHS Paper No.8. Geneva: World Health Organization: 1995. (Document WHO/SHS/CC/94.3), pp.8

Стратегијата за користење на владините фондови за купување на клинички или неклинички услуги од привати даватели на услуги е наменета за зголемување на продуктивноста на јавните средства со купување на придобивки во ефикасноста приватниот сектор. Договорните услуги служат првенствено за подобрување на квалитетот или за зголемување на количеството на услуги кои можат да бидат ставени на располагање за одредена сума на државни расходи. Овој вид конкурентен пристап е воведен и во некои земји од регионот.<sup>159</sup>

Многу земји промовираат или се наоѓаат во процес на промоција на приватизација во здравствениот сектор со или без учество на министерствата за здравство. Некои земји се обидоа да го намалат учеството на јавноста во управувањето и давањето на здравствените услуги, како дел од нивните напори за приватизација. Тие воведоа адекватни политики кон приватниот сектор и имаат ограничени владини активности во однос на формулирањето на политиките, следењето, координацијата и регулацијата. Оваа пракса на поттикнување на јавниот здравствен сектор да се откаже од давањето на здравствени услуги и да се концентрира на својата нормативна и регулаторна улога не секогаш е проследено со зајакнување на нормативната улога на министерствата за здравство. Потребни се повеќе истражувања во однос на тоа на кои капацитети, вештини, информациски системи и сл., владите треба да развијат проширена регулаторна улога.<sup>160</sup>

Владите, посебно министерствата за здравство треба да бидат проактивни во справувањето со прашањата кои би можеле негативно да влијаат на сиромашните групи на население. Најголемите здравствени потреби се помеѓу сиромашната популација.

Максималното подобрување на здравствената состојба на овие групи е можно само кога активностите кои се преземаат се насочени кон оние кои се најмногу изложени на ризик, односно на оние на коишто помошта им е најпотребна. Значи, потребна е оптимална алокација на средствата за

<sup>159</sup> Roemer Ml. *National Health Systems of the World*. Vol.1: The Countries. New York: Oxford University Press; 1991-1993, pp.17

<sup>160</sup> Mills A. Decentralization concepts and review. In: Mill A, et al. *Health System Decentralization Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization; 1990,p.11

здравството, т.е. потребни се различни механизми и пристапи со цел да се обезбеди поделба на финансискиот ризик. Со оглед на комплексноста на јавно-приватниот микс во обезбедувањето на здравствената заштита или финансирањето, како и партнерствата помеѓу јавниот и приватниот сектор, министерствата за здравство е неопходно да ги зајакнат своите капацитети за проучување и истражување на алтернативните начини на финансирање на здравствената заштита. Тие треба да воведат соодветни мерки за реформа со цел да се обезбеди квалитетот на услугите и прифатлива општествена одговорност, како и заштита за потрошувачите, особено за обесправените.<sup>161</sup>

Откако Светската банка во 1993 година доби значителна надворешна финансиска помош и од други билатерални и мултилатерални донатори, се обиде да ги поврзе своите економски инвестиции во здравството со сет на основни пакети за здравствена заштита. Најголем дел од земјите во регионот, со поддршка и насоки од Светската здравствена организација, тестираа различни групи пакети за здравствена заштита. Тие пакети вклучуваа промоција на болници за мајки и бебиња, интегрирано управување за детски болести, иницијатива за безбедно мајчинство, EPI плус и сл. Овие основни здравствени пакети имаат за цел подобрување на здравствената заштита и зголемување на ефикасноста преку најдобриот начин за употреба на контакт помеѓу здравствените работници, концентрирајќи се на потребите на поединецот, наместо да се фокусираат на една болест. Во последните децении дојде до брза експанзија на селективни суштински интервенции на здравствената заштита во поголем број земји. Напорите за селективна примарна здравствена заштита, како што се отстранување на болестите и нивно искоренување се успешни поради партнерствата склучени помеѓу земјите, како и со развојните партнери.

Централно прашање е дали таквите селективно здравствени програми само ја користат пасивната здравствена инфраструктура, или, од друга страна, пак, здравствената инфраструктура донесува селективна програма како суштинско

---

<sup>161</sup> Moore M. **Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring, Improving Performance.** Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No.7. Geneva: World Health Organization; 1996 (Document WHO/ARA/96.2), p.13

внатрешна функција. Голем број селективни програми при испитување покажуваат дека иако технологијата и програмирањето се селективни и педантни, вистинските перформанси и остварувањето на целите и понатаму зависат од таквите критични елементи како што се капацитетот на здравствената инфраструктура, вклучувајќи ја и инволвираноста на заедницата, децентрализацијата, образованието и информирањето, интерсекторската и меѓусекторската соработка, кои се неопходни и комплементарни елементи за поддршка на примарната здравствена заштита. Напорите во поново време се насочени кон организирање на интегрирано и локално обезбедување на здравствена заштита, кои во исто време осигуруваат технички квалитет на специјализирани селективни услуги.<sup>162</sup>

И покрај сите овие реформи во здравствениот сектор, сè уште постои голем јаз во здравствениот статус на луѓето, како и во развојот и спроведувањето на политиките, финансирањето, организацијата, управувањето и давањето на здравствените услуги. Квалитетот, количината и состојбата на човечките ресурси во здравствениот сектор се еден од главните проблеми. Во некои земји постои вишок на кадри во здравствениот сектор, додека во други земји постои недостиг на такви кадри. Друга димензија на човечките ресурси претставува дисбалансот во развојот на руралните и урбаните средини. Значаен фактор којшто дополнително ја отежнува оваа ситуација претставува зголемувањето на конкуренцијата помеѓу јавниот и приватниот сектор. Луѓето претставуваат најважен ресурс за здравјето.<sup>163</sup>

Процесот на реформите започнува од министерствата за здравство, со цел поставување на стандарди за здравствена заштита и развој на соодветен систем за извршување на надзор на здравствената заштита, воведување на нови политики и пракса на управување, дефинирање на ефикасна здравствена интервенција. Во последните неколку децении, како дел од иницијативата за реформи во здравствениот сектор, голем број држави имплементираа различни

---

<sup>162</sup> Cassels A. **Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries**. Forum on Health Sector Reform discussion paper no.1. Geneva: World Health Organization: 1995. (Document WHO/SHS/NHP/95.4), p.24

<sup>163</sup> Global Forum for Health Research. **The 10/90 Report on Health Research 2000**. Geneva; 2000, p.6

форми на реориентирање и реструктурирање на нивните министерства за здравство. Тие можат да бидат категоризирани на следните облици:<sup>164</sup>

- правење на министерствата за здравство да бидат помалку децентрализирани;
- одделување на функциите на обезбедување на здравствени услуги и финансирањето на услугите со цел да се овозможат подобри перформанси на конкурентните мерки;
- пренесување на мешавина од ставови и вештини од техничка и медицинска обука на менаџментот, финансиите, планирањето на човечките ресурси за здравствена заштита во поголем број земји;
- закони и прописи за продуцирање и распределување на различни видови на здравствени работници;
- фокусот на реформите од страна на владите е насочен кон намалување на вкупниот обем на државната служба, вклучувајќи го и здравствениот сектор. Намалување на вкупниот број на здравствениот кадар, воведување на нови степени на плата, оценување на структурата и поттикнување на нови шеми, одделување на политичките и извршните функции, напорите за децентрализација и приватизација претставуваат примери за реформите на државните служби кои се воведени во голем број развиени земји, вклучувајќи ги и земјите од регионот.

Како дел од реформите на граѓанскиот и политичкиот сервис, децентрализацијата е една од најчестите реформи скоро во сите земји. Децентрализацијата обично се однесува на три различни видови процеси. Првиот се однесува на пренесувањето на одговорностите од централната власт на локалните владини агенции во политички и административни области. Вториот процес на децентрализацијата се однесува на декоцентрација на функциите од повисоките кон пониските нивоа во рамките на административниот апарат на земјите. Голем дел од развиените земји го имаат воведено овој процес на

---

<sup>164</sup> WHO. **World Health Report 2000: Health systems improving performance**. Geneva: World Health Organization; 2000, p.17

пренесување на одговорноста за управување со финансиските ресурси, развој на човечките ресурси и управување со болниците и здравствените установи. Третиот процес е пренесување на одговорноста и функциите од центарот на единиците на локалната самоуправа и на други видови специјализирани владини агенции или специјализирани функционални агенции скоро во сите држави.<sup>165</sup>

Напорите во децентрализацијата бараат исполнување на голем број цели – политички, економски и менаџерски, кои не секогаш се компатибилни. Иако децентрализацијата се користи како стратегија да се промовира ефикасноста и јавната одговорност, важно е да не се забележи улогата на централната власт, особено на потребата за воспоставување на соодветни и правични средства за распределба на ресурсите и обезбедување на ефективни механизми за управување со пазарот на здравјето.

Искуствата покажуваат дека во областа на есенцијалните лекови постојат различни функции на централната власт кои не треба да бидат децентрализирани, како, на пример, избор на лекови за кои центарот има овластување да ги стави во промет на територијата на државата, стандарди на квалитет и политики на цени на лекови. Овој пример покажува дека политиките кои се однесуваат на децентрализацијата на различни функции, одговорности или органи се алатки на политиката, а не само цели на политиката. Секоја земја треба да разгледа или да идентификува соодветна комбинација на централизирани и децентрализирани функции, одговорности или органи во насока на остварување на целите на политиката и стратегијата. Поради тоа прашањето за децентрализација во здравствениот систем не може да се гледа од страна на министерствата за здравство во изолација од целокупната државна служба и политичките реформи.

Со зголемувањето на учеството на другите сектори и агенции, вклучувајќи ја и заедницата во развојот на здравството, постои потреба од преземање на акции во здравствениот сектор. Со оглед на тоа дека беа усвоени одредени стратегии, интерсекторските акции и акциите на заедницата за унапредување на здравјето се

---

<sup>165</sup> C. Michaud & C.J.L. Murray, Bulletin of World Health Organization, 1994, p.74

препознаваат како главни стратегии за развој на здравството. Сепак, постојат некои ограничувачки фактори кои го спречуваат нивниот напредок, како што се:<sup>166</sup>

- одржување на политичка посветеност и нејзино трансформирање во оперативни средства;
- недостиг на заедничко разбирање на сеопфатна здравствена рамка за развој на систем кој ќе резултира со ад хок перцепции и правилни одлуки;
- несоодветност на аналитичките акции ориентирани кон информации и јасни насоки за акција и повратен резултат, односно фидбек;
- отсуство на соодветни механизми за планирање, спроведување и следење;
- несоодветна поддршка за истражување со цел обезбедување на информации за влијанието на јавните политики врз здравјето.

#### ***5.4. Креирање на стратегија за успешно работење на здравствените установи во согласност со позитивните промени и достигнувања во здравството***

Во здравството, технологијата сè повеќе игра улога речиси во сите процеси, од регистрацијата на пациентите до следење на податоците. Уредите како што се телефоните и таблетите ги заменуваат конвенционалните системи за следење и снимање, и на луѓето им се дава можност за целосни консултации од своите домови. Стратегијата во здравствените установи треба да се креира врз база на позитивните промени и достигнувања во здравствениот сектор во последните неколку години.<sup>167</sup>

Во 2009 година, само 16% од болниците во развиените држави користеле електронски здравствени картони. Од 2013 година, околу 80% од болниците имаат право на медицински центар за здравствена заштита, што значи користење на програми кои вклучуваат инкорпорирање на електронски здравствени картони во

---

<sup>166</sup> Moore M. **Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring, Improving Performance**. Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No.7. Geneva: World Health Organization; 1996 (Document WHO/ARA/96.2), p.27

<sup>167</sup> <http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/10-biggest-technological-advancements-for-healthcare-in-the-last-decade.html>



здравствените установи. Во изминатиот период постоеле неколку различни системи, односно еден систем за фармација, друг систем кој прави само нарачки и сл. Интегрирањето на сите овие системи во една платформа дозволува повеќе интегрирана и ефикасна грижа за пациентите.<sup>168</sup>

Електронските здравствени картони создадоа големи чекори во централизацијата и ефикасноста на информациите за пациентите, а, исто така, може да се користат како алатка за податоци и здравјето на населението во иднина. Тоа, всушност, ќе претставува една голема културна промена во текот на наредните години во областа на управувањето со податоци во медицината. Кога податоците се она врз основа на што се донесуваат одлуките, тоа ќе доведе до позитивни промени и подобрување на резултатите во конзистентноста на здравствените системи.<sup>169</sup>

MHealth – мобилно здравје што означува ослободување на здравствените уреди од жици и кабли и овозможување на лекарите и пациентите проверка на здравствените процеси во движење. Истражувањата на маркетингот процениле дека глобалниот пазар на мобилното здравје ќе достигне до 20,7 милијарди долари до 2019 година, што покажува дека тоа ќе биде сè поголемо и сè подоминантно. Смартфоните и таблетите им овозможуваат на здравствените работници полесен пристап за добивање и испраќање информации. Исто така, здравствените работници можат да ги користат алатките на mhealth за нарачки, документација и добивање на повеќе информации во врска со пациентите.<sup>170</sup>

Mhealth не се однесува само на безжичното поврзување. Исто така, тоа станува средство кое им овозможува на пациентите да бидат активни играчи во текот на нивното лекување со поврзана комуникација со биометрија. Mhealth има можност за следење на здравствената состојба на пациентите надвор од канцелариите, лабораториите како составен дел од животот.

---

<sup>168</sup> Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. *Challenging Inequities in Health - From Ethics*

*Action*. Oxford: Oxford University Press; 2004, pp.17

<sup>169</sup> World Health Organization (2009). Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements, pp.11 Europe: World Health Organization.

<sup>170</sup> <http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/10-biggest-technological-advancements-for-healthcare-in-the-last-decade.html>

Telemedicine/telehealth. Студиите доследно ја покажуваат користа од користењето на телекомуникациските технологии во здравствените системи, посебно во руралните средини кои немаат пристап до истите извори како во градовите. Дополнително, студиите покажуваат дека пациентите кои се на интензивна нега опремена со telehealth се побрзо отпуштени за 20% и покажуваат 26% помала стапка на морталитет од пациентите кои се на редовна интензивна нега. На телемедицината, пак, не ѝ е потребен нов развој, таа претставува развојно поле, со голем обем на можности за проширување.<sup>171</sup>

Портал-технологијата претставува една од алатките која им овозможува на пациентите да бидат сè повеќе активни играчи во својата здравствена заштита. Оваа технологија им овозможува на лекарите и пациентите пристап до медицинската документација и онлајн интеракција. Дополнително оваа технологија им овозможува на пациентите да бидат поблиску вклучени и подобро образовани во врска со нивната нега. Покрај зголемувањето на пристапот и достапноста до медицинските податоци, исто така, може да биде извор на зајакнување на одговорноста за пациентите. Пациентите можат да ги согледуваат грешките. Тоа ги зајакнува пациентите и додава одреден степен на моќ во негата каде што можат да бидат активни учесници.<sup>172</sup>

Self-serve kiosks. Слично како и портал-технологијата, оваа промена во здравствените системи овозможува забрзување на процесите, како, на пример, болничко регистрирање. Пациентите можат повеќе да направат сè што е поврзано во врска со регистрацијата без да разговараат со некого. Тоа може да помогне во заштеда на одредени кадри, а некои пациенти поудобно се чувствуваат во врска со тоа. Автоматизираниот киоск можат да им помогнат на пациентите во врска со плаќањата, проверка на идентификација, потпишување на папирологијата и други барања потребни за регистрација.<sup>173</sup>

---

<sup>171</sup> Исто

<sup>172</sup> Gwatkin DR. Poverty and Inequalities in Health within Developing Countries: Filling the Information Gap. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2000:219

<sup>173</sup> The World Bank Group. *World Development Report 1993-Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993, pp.32

Remote monitoring tools. На крајот на 2012 година, 2,8 милиони пациенти користеле систем за куќен мониторинг, според одредени истражувања на пазарот. Следењето на здравјето на пациентите преку овој вид мониторинг може да ги намали трошоците и непотребните посети на лекарските канцеларии.

Sensors and wearable technology. Во извештајот за транспарентност во истражувањето на пазарот се наведува дека овие уреди на годишно ниво растат со стапка од 16,4% и претставуваат само уште еден начин за собирање на податоци, што, всушност, претставува и една од целите на здравствената заштита.

Wireless communication. Додека инстант-пораците и воки-токи сами по себе не се нови технологии во здравствените установи, тие неодамна се воведени во болниците, како замена за пејџерите. Овие системи нудат платформи на корисниците за праќање на безбедни пораки како, на пример, лабораториски тестови или предупредувања за користење на смартфони. Оваа размена на пораки може да го забрза процесот на комуникација додека праќањето и евидентирањето на пратените и примените информации се врши на безбеден начин.<sup>174</sup>

Real-time locating services. Ова претставува друга поголема алатка за следење на податоците во реалното време на лоцирање на услугите и им помага на здравствените установи да се фокусираат на ефикасност и брзо идентификување на проблематичните области. Здравствените установи можат да имплементираат систем за следење на инструментите, уредите, па дури и на болничкиот персонал. Овие услуги служат за прибирање на податоци во подрачјата и одделенија во здравствените установи во кои порано следењето се одвивало на тежок начин.<sup>175</sup>

Здравствените информациски системи претставуваат едни од основните елементи во современиот јавноздравствен систем и подразбира механизам за собирање, обработка, анализа и прием на информации потребни за организација

---

<sup>174</sup> <http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/10-biggest-technological-advancements-for-healthcare-in-the-last-decade.html>

<sup>175</sup> Исто

и спроведување на здравствената заштита, како и за истражување и организација на јавноздравствениот систем. Затоа информациите играат централна улога во способноста на јавноздравствениот систем да врши испорака на ефективна здравствена заштита и да обезбеди здрава популација. Здравствените информациски системи се сложени организациски системи коишто поврзуваат географски разместени болници, клиники и други здравствени установи.

Здравствениот систем во нашата земја е потребно да ги следи сите позитивни промени кои постојано се случуваат во здравствените системи на развиените земји како резултат на брзиот развој и напредок на технологијата и врз таа основа да се осмисли и конципира соодветна стратегија.

#### ***5.5. Континуирано унапредување на стратегијата на менаџментот во здравствените установи***

Во рамките на работењето на здравствените установи, е неопходно постојано следење на трендовите и промените кои постојано се случуваат во здравствените системи во развиените системи, за да можат да ја унапредуваат стратегијата на менаџментот со цел поефикасно работење.<sup>176</sup>

Стратегијата на менаџментот во здравствените установи, пред сè, се фокусира на влијанието на детерминантите на здравјето и намалување на нееднаквостите во здравствената заштита. Здравствениот сектор не може самостојно да влијае врз детерминантите и нееднаквостите во здравствената заштита, па затоа постои потреба од меѓусекторска соработка или партнерство. Ефективните партнерства имаат големо влијание врз унапредувањето на стратегијата на менаџментот во здравствените установи. Тие можат да се појават во сите облици и можат да бидат формални или неформални. Главна теорија која ги поддржува партнерствата во насока на унапредување на стратегиите на

---

<sup>176</sup> The Health Communication Unit (2000). Introduction to Health Promotion Planning. THCU at the Centre for Health Promotion, University of Toronto, Canada, pp.6

менаџментот е теоријата според која партнерите можат да постигнат многу повеќе заедно отколку поединечно. Тоа всушност претставува „синергија“ која се наоѓа во срцето на секое партнерство кое работи во здравствениот сектор, како и помеѓу различните сектори. Синергијата претставува степен до којшто партнерството ги комбинира предностите, перспективите, ресурсите и вештините на сите партнери во насока на изнаоѓање на подобри решенија и подобрување на стратегијата.<sup>177</sup>

Стратешкото планирање се однесува на донесување на заклучоци во врска со информациите, поставување курс на дејствување и документирање на планот. Самото стратешко планирање во здравствените организации, всушност, претставува донесување на голем број одлуки, како и одредување на една од големиот број алтернативи за спроведување на стратегијата. Стратегијата на менаџментот на здравствените установи претставува резултат на низа од повеќе специфични одлуки кои водат кон остварување на целите на организацијата.

Постојат голем број стратешки алтернативи кои здравствените установи ги имаат на располагање со цел унапредување на стратегијата на менаџментот. Неопходно е донесување правилни одлуки за унапредување и развој на стратегијата.

Преку континуирано унапредување на стратегијата, здравствените установи ќе можат да ги остваруваат своите главни цели, пред сè, подобрување на здравствената заштита за целото население, како и остварување на подобри резултати, стекнување и одржување на конкурентна предност во однос на своите конкуренти.<sup>178</sup>

Колку подобро се развива стратегијата, здравствената установа подобро се справува со предизвиците. Преку континуираното унапредување на стратегијата, организацијата има придонес во подобрувањето на перформансите, правилно насочување на вработените со цел поголемо разбирање на резултатите кои се очекува да бидат остварени, навремено преземање на корективни акции што им

---

<sup>177</sup> Weiss, E.S., Miller Anderson, R. and Lasker, R.D. (2002). Making the Most of Collaboration: Exploring the Relationship Between Partnership Synergy and Partnership Functioning. *Health Education and Behaviour*, 29(6), 683

<sup>178</sup> Исто, стр.685

дава простор на менаџерите за одржување на контролата над активностите во организацијата и сл.

Дополнително, од голема важност е разбирањето на организациските предности и слабости од страна на менаџерските тимови во здравствените установи врз основа на кои тие генерираат вредни знаења и придонесуваат кон унапредување на стратегијата.

Унапредувањето на стратегијата го поттикнува и развојот и текот на големиот број процеси во здравствените установи, организациските способности, обезбедувањето на системи за подобра врска помеѓу организациските нивоа и претставува еден од врвните приоритети на топ менаџментот во здравствените установи. Менаџментот пристапува кон зајакнување на деловните потфати и насочување на активностите кон остварување на поставените цели, притоа постојано справувајќи се со предизвиците на конкурентната средина.

Предизвикот со кој се соочуваат здравствените установи во своето управување, главно, се однесува на обидот на менаџерите да го претворат потенцијалот во влијание. Постепено, со текот на времето, процесите и системите се обликуваат во функција на извршување и го карактеризираат начинот на кој работи организацијата. Битно е да се напомене и важноста на различните организациски единици при ефикасното извршување на планираните активности. Исто така, се потенцираат предностите кои настануваат како резултат на усогласувањето на дефинираната стратегија и нејзиното извршување, што, пак, овозможува здравствената установа да оди чекор напред и да обезбеди ефективно дејствување и одговор на постојаните притисоци од надворешната средина.

## Заклучни согледувања

Здравствениот менаџмент и здравствената стратегија се креираат со цел да се постигнат националните, регионалните, локалните или институционалните потреби на индивидуата и општеството. Сите овие јавноздравствени потреби се професионално и политички детерминирани во уставни, правни и финансиски рамки. При креирањето на здравствената стратегија, нејзиното спроведување, мониторинг и евалуација, потребно е да бидат вклучени повеќе јавни и приватни партнери. Во рамките на тој процес потребно е да се формулираат краткорочните, среднорочните и долгорочните цели на стратегијата, индикаторите и приоритетите, како и методите кои ќе се користат за нејзино остварување. Здравствените стратегии се ориентирани кон унапредување на здравјето во согласност со здравствените потреби на индивидуата и општеството во целина. Државата, дејствувајќи преку министерот за здравство, ги поттикнува менаџерските структури во сите сектори да бидат ориентирани кон политики кои ја олеснуваат промоцијата и унапредувањето на здравјето.

Целокупниот материјал кој беше предмет на анализа во овој магистерски труд беше поделен во пет тематски целини.

Во рамките на првиот дел, „Согледување на улогата на здравствените организации и вршителите на здравствената дејност“, беа разработени теоретските основи на здравствената заштита и здравствениот систем во Република Македонија, и тоа преку поимното определување на здравјето, дефинирањето на организираноста на здравствената заштита и нивоата на здравствен систем во Република Македонија. Потоа беа елаборирани вршителите на здравствената дејност во Република Македонија, и тоа преку дефинирање на поимот на здравствените организации, како и видовите здравствени организации во Република Македонија. Исто така, во овој дел беа опфатени и здравствените работници и соработници во здравствените организации, како и здружувањето на здравствените организации во Република Македонија. Во анализата беа опфатени и определувачките фактори на окружувањето за функционирањето на

здравствените организации, преку анализа на надворешните и внатрешните фактори на окружувањето во организациите. Предмет на анализа во овој дел беше и организацијата и темелната законска регулатива на целокупниот здравствен систем во Република Македонија. Како составен дел на секој здравствен систем беа опфатени и начините преку кои се финансира системот со цел негово континуирано и непрекинато функционирање. На крајот од првиот дел беше анализирана инфраструктурата и начинот на користење на здравствениот систем во Република Македонија.

Вториот дел од магистерскиот труд претставуваше анализа на главните приоритети за креирање на соодветна стратегија за подобрување на целокупниот здравствен систем во Република Македонија преку согледување на приоритетите од повеќе аспекти и тоа: приоритетите за подобрување на здравјето, приоритетите за подобрување на организацијата на здравствената заштита, приоритетите за подобрување на специјализираната здравствена заштита, односно јавното здравје, приоритетите за подобрување на планирањето и квалитетот на човечките ресурси во здравствените организации, приоритетите за подобрување на квалитетот на здравствената заштита, приоритетите за подобрување на финансирањето на здравствената заштита, приоритетите за подобрување на здравствениот информатички систем, како и приоритетите за управување со реформите на здравствената заштита. Дополнително, вториот дел од трудот опфати и анализа на визијата на здравствениот систем на Република Македонија, потоа темелните вредности и начела врз кои истиот почива. Преку SWOT анализата на здравствениот систем беа согледани силните и слабите страни кои ги поседува тој, како и потенцијалните можности и закани со кои е соочен здравствениот систем на Република Македонија.

Во третиот дел од магистерскиот труд, „Менаџментот и неговата улога во унапредувањето на активностите на менаџментот во здравствените организации“, најпрво беше дефиниран поимот на менаџмент во здравствените организации, односно значењето на менаџментот во здравствените организации, циклусот на здравствениот менаџмент, како и нивоата на менаџмент во здравствените



организации во Република Македонија. Во рамките на овој дел беше анализирана личноста на менаџерот во една здравствена организација, односно менаџерските нивоа и клучните активности кои треба да ги извршува еден менаџер, одговорностите и способностите кои треба да ги поседува еден менаџер за да може успешно да раководи со здравствената организација, неговите одговорности кон заинтересираните страни, како и управувањето со кариерата на менаџерот во здравствената организација. Понатамошната анализа во овој дел продолжи преку анализа на процесот на планирање во здравствените организации, односно кои се целите и ефектите на планирањето, чекорите во процесот на планирање, целите и видовите цели во здравствените организации, видовите планови, како и постапката на планирање во самото здравство. На крајот од овој дел беше анализирано управувањето со човечките ресурси и раководењето со мотивацијата во здравствените организации и тоа преку анализа на изборот на кадри, поимот и видовите на мотивација, моделите на работна мотивација, варијаблите кои влијаат врз мотивацијата, методите на модификација на однесување, како и препораките до менаџерите за зголемување на мотивираноста.

Четвртиот дел претставуваше истражување кое беше спроведено во здравствените организации преку пополнување на анкетен прашалник со цел креирање на соодветна стратегија на менаџментот за успешно управување со здравствените организации. Добиените резултати од истражувањето прво беа табеларно претставени, односно беше извршена квантитативна анализа, а потоа истите беа прикажани графички со цел добивање на комплетна слика за истражувањето. Врз основа на квалитативната и квантитативната анализа беше спроведено хи квадрат истражувањето ( $\chi^2$ -тестот) преку кое се потврдија поединечните и генералната хипотеза на истражувањето.

Петтиот дел од трудот, „Преферирање на постапки за креирање на стратегијата на менаџментот во здравствените установи во Република Македонија“, претставуваше креирање на стратегија за успешен здравствен систем во државата преку согледувања на актуелната состојба во здравствениот

систем на Република Македонија, состојбата на здравствените системи во останатите држави од регионот, потоа следење на реформите и промените во развиените здравствени системи, како и создавање на стратегија за водење на успешен здравствен систем и постојано негово унапредување.

Преку потврдувањето на поединечните хипотези на истражувањето може само да се заклучи дека се потврдува и главната хипотеза поставена за остварување на целите на истражувањето во овој магистерски труд:

Креирањето на соодветна стратегија на менаџментот со цел успешно раководење и стекнување на конкурентска предност на здравствените установи води кон создавање на стабилен здравствен систем во државата.

За да се утврди поврзаноста помеѓу варијаблите кои беа цел на истражувањето, се пристапи кон примена на статистичките методи на  $\chi^2$ -тестот.

Врз основа на анализираните податоци од спроведеното емпириско истражување, како и добиените пресметки според  $\chi^2$ -тестот дојдовме до следните сознанија:

- Емпириското истражување кое се спроведе во различни организации преку анкетен прашалник, кој се состоеше од вкупно десет прашања поставени на менаџерите и на вработените кои избраа еден од трите понудени одговори за секое поединечно прашање, резултираше со значителни разлики во дадените одговори.
- Ова го потврдува добиената вредност на пресметаниот  $\chi^2$ -тест за секое прашање, којашто (со исклучок на едно прашање) се движи во интервал од 7,724 до 21.205, што е поголемо од табличната вредност која изнесува 5,991.
  - Разликите во ставовите на менаџерите и вработените се потврдени и преку добиените вредности од пресметаниот коефициент на контингенција (C), кои се движат од 0,093 до 0,310, каде што се

нагласува постоењето на слаб до умерен интензитет на меѓусебната поврзаност на дадените одговори.

- Ваквите тврдења на менаџерите и вработените, сумирани како резултат на истражувањето не ја потврдуваат *основната (генерална) хипотеза*, која гласи: Креирањето на соодветна стратегија на менаџментот на здравствените организации ќе овозможи успешно работење на истите, мотивираност кај вработените и задоволство кај пациентите, а со тоа и стекнување на конкурентска предност.
- Истовремено, не се потврдени ниту трите поединечни хипотези:
  - Ако здравствените установи имаат соодветни раководни кадри во целокупното работење, тогаш состојбата во нив ќе се подобри.
  - Ако здравствените установи континуирано ги следат трендовите на развој во здравствените системи во развиените земји, тогаш здравствениот систем во државата ќе напредува во позитивен правец.
  - Ако здравствените установи имплементираат иновации во работењето, тогаш можностите за креирање на успешна стратегија на менаџментот се поголеми.

Според тоа, јасна е потребата на здравствените установи да пристапат кон успешно креирање на стратегија, за да ја постигнат посакуваната цел на пазарот и да остварат конкурентска предност во рамки на соодветната дејност.

Менаџерите мора правилно да влијаат на насоката на дејствување, со цел остварувањето на стратегијата да резултира со успех. Имено, тие треба да бидат насочени кон креирање и имплементирање на стратегија која овозможува остварување на целите според планираните активности.

Истовремено, во постигнувањето на целите на организацијата значаен придонес имаат сите вработени кои треба на правилен начин да бидат запознаени со стратегијата, која понатаму позитивно ќе се одрази врз постигнатите резултати.

Од големо значење за здравствените установи е начинот на којшто се искористува нивниот потенцијал за да одговорот соодветно на предизвиците на

новата парадигма. Таквата цел зависи од способноста на менаџментот да примени современи концепти и модели при формулирањето и извршувањето на стратегијата. Понатаму, да пристапи кон унапредување (подобрување или редизајнирање) на постојната стратегија, истовремено создавајќи позитивни и општоприфатливи вредности за организацијата како целина.

Целта на емпириското истражување беше да се добие покомплетна и појасна слика за состојбата на здравствените установи и стратегијата која ја применуваат во работењето. Односно, целта беше да се пристапи кон реални податоци кои даваат точна дијагноза за успешноста на организациската стратегијата при постигнувањето на конкурентска предност и колку таквата предност е одржлива на пазарот.

Воопшто, погледнато преку емпириското истражување може да се забележи дека ниту главната хипотеза па ниту помошните хипотези во најголем дел на групата испитувани прашања не се потврдуваат, па затоа е потребно продлабочено истражување и укажување за потребата од обука на менаџментот за креирање на правилна стратегија на менаџментот за развој на здравствените организации.

Здравствените организации е потребно да имаат јасно дефинирана визија во работењето поткрепена со јасно дефинирани цели кои е потребно да бидат остварени во одреден временски период. Понатаму е потребно континуирано следење на позитивните примери од здравствените системи во развиените земји. Главната алка за примена и следење на позитивните примери од развиените земји е Министерството за здравство кое треба да ја следи актуелната состојба во здравствениот систем и да води постојана грижа за негово унапредување со што целокупната состојба во здравствениот систем ќе се движи во позитивна насока и ќе се создаваат услови за имплементирање на иновации во работењето, како и ангажирање на стручни кадри кои ги поседуваат потребни компетенции за извршување на работата. Сето тоа ќе обезбеди соодветна здравствена заштита за пациентите на сите нивоа на здравствена заштита.

На крај, може да се резимира дека за создавање на добра стратегија на менаџментот во здравствените установи потребно е максимално ангажирање и од страна на менаџерите и од страна на вработените во насока на постојано унапредување на институцијата во која работат. Главните фактори кои влијаат врз успешноста на стратегијата на менаџментот во здравствените институции се однесуваат на правилниот избор на стручни кадри, избор на менаџери кои ги поседуваат потребните способности за водење на институцијата, постоење на добра организациска култура и дизајн во работењето, како и развивање на меѓучовечките односи внатре во рамките на здравствените установи.

Од истражувањето коешто беше спроведено за целите на овој магистерски труд може да се заклучи дека во најголем дел од одговорите на испитаните групи прашања не се потврдуваат главната хипотеза и поединечните хипотези кои беа изведени од неа. Со тоа може да се потврди потребата од ова истражување, кое може да укаже за унапредување на менаџментот на организациите во здравството.

## **Користена литература:**

- Action plan for a European e-Health Area, Commission of the EU, Brussels, April, 2004;
- BIS Healthcare Group. Strategy for financing and future organisation of primary health care - final report (report no. 21335/3, version 4/7). 2001.
- Bossert T. Report on workshop on health systems and policies in Macedonia: evaluation, recommendations and follow-up. Harvard School of Public Health, 1 December 2003. Burchfield K. Health Insurance Fund governance reform component - final report, March 2004 (+ annexes).
- Building the Information Core – Implementing the NHS Plan; Produced by Department of Health in January 2001, London, United Kingdom;
- Cercone JA. Component 3: improving service delivery - Executive summary. No date. Cercone JA. Health sector reform project - Health services contracting and modernization component, final report. Ministry of Health, 31 March 2004.
- Directive EU 1995/46/EC, The Data Protection Directive, October 1995;
- Directive EU 1999/93/EC, Directive on a Community framework for electronic signatures, 1999;
- Directive EU 2002/58/EC, Directive on privacy and electronic communication, July 2002;
- Dredge R. Inception report of the Policy Analysis Unit advisor (draft). January 2006 Ernst & Young. HIF Macedonia - Audit of the internal controls. Final report. Luxembourg: 2004
- Edwards N. Using markets to reform health care. BMJ 2005;331:1464-6
- Ernst & Young. Action plan for the Health Insurance Fund for the Republic of Macedonia. Final report, January 2005.

- Ernst & Young. HIF - Transitioning action plan for the health care sector - Short-term addendum to the “final report” (draft for discussion). April 2005.
- Figueras J, Menabde N, Busse R. The road to reform. BMJ 2005;331:170- 1
- Georgieva L, Burazeri G (eds). Health determinants in the scope of new public health. Lage (Germany): Hans Jacobs Publishing Company, 2005
- Gomes B, Toon P. Continuous medical education for primary care doctors: the strategy. Revision 3.0. February 2000.
- Government of Bulgaria. National health strategy: Better health for a better future in Bulgaria (in Bulgarian only). Sofia, April 2001 (accessible via [www.mh.government.bg](http://www.mh.government.bg))
- Government of Macedonia. Health protection law. No date.
- Government of Macedonia. Law on health insurance. Official Gazette no. 25, 30 March 2000.
- Government of Macedonia. Tobacco control strategy, for provision and promotion of health protection of population in the Republic of Macedonia 2005-2010. Skopje, 2004
- Government of New Zealand. The New Zealand Health Strategy. Auckland, 2000 (accessible via [www.moh.govt.nz/nzhs.html](http://www.moh.govt.nz/nzhs.html))
- Government of Slovenia. Zdravstvena reforma (Health reform, in Slovenian only). Ljubljana, July 2003
- Government of the Republic of Macedonia, Health Sector Program, Skopje, August 2006
- Gulis G, Korcova J, Letanovsky P, Marcinkova D. Transition and public health in the Slovak republic. BMJ 2005;331:213-5
- Hall D, Sowden D. Primary care for children in the 21st century. BMJ 2005;330:430-1
- Ham C. Does the district general hospital have a future? BMJ 2005;331:1331-3

- Health information a national strategy, published 2005 by the Ministry of health and Children, Dublin, Ireland;
- Health Sector Management Project/Project Co-ordination Unit. Workplan for national health strategy development in Republic of Macedonia. Skopje, 25 July 2005. Health Sector Transition Project. Implementation completion report, borrower's part. Skopje, no date.
- Hedley R, Maxhuni B. Development of family medicine in Kosovo. BMJ 2005;331:201-3
- Hull S, Harvey C, Sturdy P et al. Do practice-based preventive child health services affect the use of hospitals? A cross-sectional study of hospital use by children in east London. Br J Gen Practice 2000;50:31-6
- ICT Strategy Application in healthcare; published 2005 by the ministry of health of the Republic of Montenegro, Podgorica, Montenegro;
- Institute of Sociological, Political and Juridical Research. Social assessment of the health sector in the Republic of Macedonia. Final report, June 2004. Jovskovski S. Licensing and the Doctor's Chamber of Macedonia. Skopje, 2004. Lember M. Maaroos HI. TA in the primary health services component - final report, March 2004.
- International organization for standardization. ISO Standards Handbook 1, third edition documentation and information, Switzerland, ISO, 1988;
- Inter-sectoral Working Group. National strategy and national action plan for strengthening nursing and midwifery in Republic of Macedonia. Skopje, 2004.
- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JHH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics 2002;109:788-96
- Koulaksakov S et al, in Tragakes E (ed). Health systems in transition: Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems 5(2), 2003 (accessible via [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int))
- Luic L. Consulting services for ICT strategy development - inception report. Karlovac, 29 December 2004.



- Luic L. Consulting services for ICT strategy development - progress report. Zagreb, 20 April 2005.
- Mastilica M, Kusec S. Croatia healthcare system in transition, from the perspective of the users. BMJ 2005;331:223-6
- McKee M, Healy J (eds). Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 2002 (accessible via [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int))
- McPherson A. Adolescents in primary care. BMJ 2005;330:465-7
- Ministry of Health. Macedonia, Strategic Health Summit, Mavrovo 21-22 December 2006, Draft Summary of Directions and Conclusions, Skopje, December 2006. Ministry of Health, Project Coordination Unit, Macedonia, Health Management and Leadership Program October-November 2006, 100 Messages from 100 Leaders, Skopje, November 2006.
- National Health Information Management and Information and Communications Technology Strategy, Final Report Published in April 2004 by the Boston Consulting Group, Sydney, Australia;
- National Strategy for IT in the Danish Hospital System 2000-2002; Published 2000 by the Ministry of the Interior and Health, Copenhagen, Denmark;
- Němec J. Health information system component - final report. THIM R&C, March 2004.
- Standards for Better Health; Produced by Department of Health in January 2001, London, United Kingdom;
- Stankova Ninova K. Licensing and the Ministry of Health. Skopje 2004.
- Stefanovska I. Licensing and the Macedonian Medical Association. Skopje, 2004. Talevski S, Veen J. The national tuberculosis programme 01.01.2000- 31.12.2004. Ministry of Health, no date.
- The NHS Plan – A Plan for Investment – A Plan for reform presented to parliament by the secretary of State for Health in July 2000, London, United Kingdom;

- Thim P. Functional analyses of Ministry of Health, including the consultant's analysis and recommendations. Draft + annexes. Skopje, 31 March 2004.
- Tofovic S. Health Sector and Social Protection Project - pharmaceutical component. Final report, March 2004.
- Van Bommel JH, Duisterhout JS. Data and information. U: van Bommel JH, Musen MA, Handbook of medical informatics. Houten/Diegem: Springer, 1997;
- WHO Collaborating centre for drug statistics methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 6<sup>th</sup> edition Oslo: Norwegian Institute of public health, 2003;
- World health organization, Family of international classifications: definition, scope and purpose revised, August, 2004;
- World health organization, International classification of functioning, disability and health, Geneva, 2001;

## Прилог бр. 1

### Анкетен прашалник бр. 1

*Почитувани,*

Овој анкетен прашалник е изготвен за научно-истражувачки цели. Истиот е анонимен и овозможува слободно и реално изнесување на вашите мислења.

Ве молиме, при одговарањето на прашањата, заокружете **само еден** од понудените одговори.

1. Дали Вие како вработен/пациент во здравствената организација сметате дека здравствениот систем во Република Македонија е добар?

А) Да  
Б) Не  
В) Без одговор

2. Дали Вие како вработен/пациент сметате дека Вашите здравствени организации имаат визија?

А) Да  
Б) Не  
В) Без одговор

3. Дали Вие како вработен/пациент сметате дека Министерството за здравство ја согледува и следи актуелната состојба во здравствениот систем и се грижи за негово унапредување?

А) Да  
Б) Не  
В) Без одговор

4. Дали Вие како вработен/пациент сметате дека позитивните примери од развиените земји се прифаќаат, имплементираат кај нас?

А) Да

Б) Не

В) Без одговор

## Прилог бр. 2

### Анкетен прашалник бр. 2

*Почитувани,*

Овој анкетен прашалник е изготвен за научно-истражувачки цели. Истиот е анонимен и овозможува слободно и реално изнесување на вашите мислења.

Ве молиме, при одговарањето на прашањата, заокружете **само еден** од понудените одговори.

1. Дали Вие како менаџер/вработен на здравствената установа сметате дека се одликувате со соодветни особини (одговорен, стручен, комуникативен, етичен, прецизен)?

А) Да  
Б) Не  
В) Без одговор

2. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека сте заинтересиран за подигнување на угледот на Вашата здравствена установа?

А) Да  
Б) Не  
В) Без одговор

3. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека Вашата здравствена установа е добро структурирана и организирана (простор, уредување)?

А) Да  
Б) Не  
В) Без одговор

4. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека вршите правилно регрутирање на стручни кадри (лекари, медицински сестри, помошен персонал)?

А) Да

Б) Не

В) Без одговор

5. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека правилно се грижите за мотивирање, добри меѓучовечки односи, наградување на Вашите вработени?

А) Да

Б) Не

В) Без одговор

6. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека носите правилни одлуки за пројавени проблеми во работењето?

А) Да

Б) Не

В) Без одговор

7. Дали Вие како менаџер/вработен сметате дека се грижите за унапредување на стратегијата на менаџментот во здравствената организација?

А) Да

Б) Не

В) Без одговор

**ЈЕЛЕНА ИВАНОВ**

**УЛОГАТА НА МЕНАЏМЕНТОТ ВО КРЕИРАЊЕТО НА СТРАТЕГИЈА  
ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ**

**УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ” - ШТИП**